

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 117

ESSAI
SUR LA
SÉMÉIOLOGIE DU DOUGLAS
chez la Femme

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 3 Mars 1902
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
LUCIEN LAROYENNE
Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon
Aide d'Anatomie à la Faculté
Né à Lyon, le 14 juillet 1876.



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^e
Ancienne Maison A. WALTENER
14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 117

ÉSSAI

SUR LA

SÉMÉIOLOGIE DU DOUGLAS

chez la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Mars 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN LAROYENNE

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né à Lyon, le 14 juillet 1876.



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.....		GAYET.
Physique médicale.....		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.....	DEVIC,	—
Physiologie.....	DOYON,	—
Accouchements.....	FABRE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, Dr ès sciences.	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. Auguste POLLOSSON, Assesseur;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE
Le Professeur LAROYENNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur FOCHIER

A la mémoire des Drs OLLIER et COLRAT

Nous adressons nos remerciements respectueux à nos maîtres dans les Hôpitaux : MM. Maurice Pollosson, Audry, Nové-Josserand, Gailleton, Gangolphe, Garel, Jaboulay, Rochet ; à M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté.

A MM. Auguste Pollosson et Vallas nous devons plus que les remerciements d'un élève qui a profité plusieurs semestres de leur enseignement clinique, et nous les prions de croire à la reconnaissance du malade qu'ils ont soigné et guéri.

Nos amis et nos camarades d'internat qui nous ont témoigné, au cours de cet accident, leur dévouement et leur sympathie savent, sans qu'il soit besoin de le leur répéter dans une préface banale, que nous en gardons précieusement le souvenir.

RAPPEL ANATOMIQUE

INTRODUCTION

La grande cavité péritonéale se bifurque en entrant dans le bassin. La cloison formée par l'utérus et les ligaments larges la divise en un compartiment antérieur et un compartiment postérieur. Ce dernier est l'espace postérieur de Douglas ; deux replis péritonéaux, se regardant par leur concavité interne et partis du col utérin pour aller se perdre sur les côtés du rectum, rétrécissent cet espace et permettent de lui considérer deux étages, l'un supérieur : l'*atrium* des auteurs allemands, l'autre inférieur : cul-de sac recto-vagino-utérin, fossette de Douglas ou, par abréviation, *Douglas*. L'ouverture de cette fossette est donc en haut ; les replis péritonéaux de Douglas qui la circonscrivent adhèrent à des fibres musculaires lisses utéro-rectales et à des faisceaux de tissu conjonctif dense : les ligaments utéro-sacrés qui s'insèrent en avant, au-dessous de l'isthme utérin et, en arrière, à la 3^e et à la 4^e vertèbres sacrées. Ils répon-

dent ainsi à peu près à l'extrémité supérieure du rectum qui prend ce nom et se différencie du côlon ilio-pelvien à ce même niveau. A partir de cette limite, le cul-de-sac péritonéal répond, en avant, à la face postérieure du col utérin et du vagin, en arrière à la face antérieure du rectum. Il se termine, entre ces deux conduits, par une extrémité borgne : le fond du cul-de-sac, variable comme situation et comme forme.

Ce fond se trouve normalement au niveau de l'orifice *externe* du col utérin, à cinq ou six centimètres au-dessus de l'anus ; il est séparé des replis utéro-sacrés par une distance de trois à cinq centimètres, qui marque la hauteur même de la fossette de Douglas. Du côté du rectum, le fond est au niveau d'une région riche en bandes sphinctériennes et en valvules (sphincter de Nélaton, valvule de Kohlrausch) (1).

Le rectum, dans l'excavation pelvienne, est plus souvent situé un peu à droite de la ligne médiane. Il soulève sur son trajet le péritoine de la fossette de Douglas, le tend et l'empêche de descendre aussi bas que du côté où le rectum ne se trouve pas. Robert Barnes (2) a insisté sur ce que le point le plus déclive du cul-de-sac recto-vaginal se trouvait en conséquence à gauche de la ligne médiane et en a tiré des

(1) COMMANDEUR. — Topographie des culs-de-sacs vaginaux, thèse de Lyon, 1894 ; GÉRARD-MARCHAND. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1900.

(2) Etude clinique sur les tumeurs rétro-utérines (*Saint-George's Hospitals Reports* VIII, 1874-6).

conclusions pratiques que nous verrons plus tard. C'est là, une disposition inconstante ; on a signalé parfois ce point déclive à droite. Il est probable que ces variations dépendent de la situation, elle-même variable, du rectum et, sur un moulage de la cavité de Douglas, nous avons constaté qu'à une empreinte rectale gauche correspondait un point déclive maximum à droite.

Le péritoine de la fossette de Douglas est épais, d'après Zuckerkandl (1), sauf sur les côtés du col utérin où il présente un aspect réticulé avec des mailles faites d'une séreuse amincie ; ce serait là une région de moindre résistance.

Le tissu cellulaire dans lequel plonge le cul-de-sac recto-vagino-utérin est riche en lymphatiques et propice aux infections, il est assez lâche pour permettre le décollement du péritoine et quand, au cours d'une colpotomie postérieure, le vagin a été ouvert, il arrive parfois que le cul-de-sac péritonéal, non encore intéressé par l'incision, fuie sous les ciseaux et qu'on ait à le fixer pour l'ouvrir à son tour.

Ce résumé anatomique ne s'applique pas à toutes les cavités de Douglas. Il en existe de nombreuses variétés ; les ligaments utéro-sacrés peuvent manquer ou être remplacés par des ligaments plus élevés utéro-lombaires. Une forme spéciale, dont Freund (2) a mis l'importance en relief, est réalisée

(1) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891.

(2) W.-A. FREUND. — Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Douglas-Tasche; insbesondere bei Infanti-

dans le Douglas infantile qui peut persister chez l'adulte. Sa caractéristique est dans une modification de longueur et de direction. Sur des fœtus de quatre mois, le fond du cul-de-sac vagino-rectal descend jusque sur le plancher pelvien; il peut garder, plus tard, à titre d'anomalie, quelque chose de cette longueur exagérée. L'axe du cul-de-sac de l'adulte fait, avec l'axe de l'atrium, un angle obtus à sommet postérieur; cette inflexion est très atténuée dans la disposition infantile, ce qui est en rapport, au moins en partie, avec des courbures pelviennes peu prononcées.

Ces anomalies d'étendue et de forme prédisposent la fossette de Douglas aux hernies et aux prolapsus. Normalement, en effet, elle est vide et virtuelle. Le détroit des ligaments utéro-sacrés et la coudure de son axe sur celui de l'atrium assurent sa vacuité et retiennent dans l'étage supérieur les anses intestinales, même lorsque le mésentère est assez long pour en permettre la descente.

Le cul-de-sac de Douglas est la région la plus déclive de la cavité péritonéale. Il doit à cette déclivité et au voisinage de l'appareil utéro-annexiel son intérêt pathologique; de son exploration facile par le rectum et le vagin il tire son importance séméiologique. Le toucher rectal ou vaginal permet normale-

lismus derselben (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Bd II, 1899).

ment de sentir les ligaments utéro-sacrés, lorsqu'on tire le col utérin en bas avec une pince. Mais, au milieu des déformations pathologiques, ces limites deviennent peu reconnaissables, c'est dire qu'on ne peut toujours se borner, en étudiant la séméiologie de cette région, au cul-de-sac proprement dit et que, parfois, on sera entraîné à l'examen de la partie inférieure de l'atrium.

Les organes voisins, déplacés ou hypertrophiés, se logent volontiers dans le Douglas ; les collections inflammatoires et le sang y descendent de sources parfois éloignées, c'est le théâtre habituel des accidents de la grossesse ectopique. Le Douglas, sous ces pressions, se déforme, s'élargit, s'abaisse ; souvent aussi, il réagit par une péritonite locale. Celle-ci évolue suivant un type regardé comme spécial par bien des cliniciens ; une tendance à la limitation et une bénignité relative par comparaison avec les péritonites d'autres régions en sont les principaux caractères. Nous examinerons successivement, au point de vue des symptômes qu'ils fournissent au niveau du cul-de-sac de Douglas, les déplacements, les inflammations d'origine génitale ou intestinale, les épanchements sanguins, en particulier ceux de la grossesse extra-utérine, les tumeurs (1).

(1) Il ne sera pas question, dans ce travail, des lésions du cul-de-sac de Douglas, par traumatisme venu de l'extérieur, opératoire ou autre.

CHAPITRE PREMIER

DÉPLACEMENTS

Déplacements du rectum. — On doit s'assurer de la vacuité du rectum avant d'explorer le Douglas. Cette précaution élémentaire n'est pas toujours suffisante. Ainsi : le toucher rectal a constaté que ce conduit était vide et le toucher vaginal sent bomber, dans le cul-de-sac postérieur, une tuméfaction assez haut située. Il est possible alors de méconnaître un arrêt des matières dû à une simple constipation et siégeant dans le colon iléo-pelvien, plus haut que le rectum vide. La dépressibilité de la masse stercorale suffit ordinairement à la déceler.

Le rectum, même vide, peut tomber en avant et repousser la paroi postérieure du vagin. C'est une rectocèle. Nous ne nous occupons ici que de celle qui est produite par la partie du rectum tapissée de péritoine. Cette rectocèle profonde est assez rare, surtout isolée, elle coexiste ordinairement avec un prolapsus génital. Son diagnostic se fait sans peine ; le

doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet pénètre dans la saillie vaginale et en indique la nature.

Déplacements de l'intestin et de l'épiploon.

— Les anses intestinales, chez les femmes jeunes dont le mésentère n'est pas relâché, atteignent rarement, comme nous l'avons dit, le fond du Douglas ; elles ont d'autant moins de chances d'y être senties que l'exploration se fait, le sujet couché. Quand, exceptionnellement, le toucher vaginal les atteint, il arrive d'hésiter, à la perception de leur cordon mou et mobile, pour savoir si c'est à elles ou bien à une trompe procidente et peu altérée que l'on a affaire. Mais des inflammations antérieures peuvent avoir fixé, par des adhérences, au fond de la poche recto-utérine, des anses intestinales agglutinées entre elles. De pareils faits ont été signalés par Doléris (1), Pozzi et Baudron (2). Il peut être malaisé de diagnostiquer cette disposition anatomique, d'autant qu'il existe fréquemment des antécédents inflammatoires et un certain degré de colpocèle concomitante qui permet à la tuméfaction de bomber dans le vagin auquel elle est soudée. Ces fausses tumeurs, dûes à l'agglomération des anses intestinales, ne sont pas le propre du cul-de-sac de Douglas, on les trouve dans l'abdomen, et ce n'est pas dans les hysté-

(1) *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, août 1889.

(2) *Revue de Chirurgie*, août 1891.

rectomies vaginales et les colpotomies seulement qu'elles font courir des risques. John Malcolm (1) a rapporté récemment « un cas d'adhérences intestinales simulant un tumeur et faisant courir au chirurgien le risque de blesser involontairement l'intestin. » Après la laparotomie on crut à un kyste pelvien ayant envahi l'abdomen et on ne s'arrêta qu'à temps, averti par la sonorité de la tuméfaction et l'absence d'anses intestinales à son voisinage.

Parfois le cul-de-sac de Douglas est fortement prolabé avec le segment intestinal qui lui adhère et la tumeur mérite bien le nom d'entéroccèle adhésive qui lui a été donné. Martin (de Rouen) (2) a raconté une périnéorrhaphie au cours de laquelle il avait ainsi involontairement ouvert le cul-de-sac vagino-utérin abaissé sur le périné et blessé l'intestin qu'il contenait.

L'épiploon peut, comme l'intestin, se fixer dans le cul-de-sac de Douglas. Il obéit à ce qu'on a nommé sa « mobilité défensive » en se logeant dans cette région si souvent malade. Une fois guéries les lésions utérines ou péri-utérines qui l'y ont appelé, il peut y rester fixé et provoquer des tiraillements, des douleurs et des troubles digestifs (3), se révéler à l'examen vaginal comme une saillie douloureuse, de forme très semblable à un ovaire ou à une trompe malade.

(1) *Lancet*, 13 juillet 1901.

(2) Congrès de Gynécologie de Marseille, 1898.

(3) Sur la pathogénie des dyspepsies par adhérence épiploïque, voir : Howitz (*Centralblatt für Gynecologie*, 1889), et Paul DELBET (*Arch. générales de Médecine*, 1898).

Il justifie alors une intervention que souvent on croira diriger, non contre lui, mais contre les annexes.

Vallin (1) rapporte une observation de Bouilly où l'on pensait à un prolapsus double des ovaires. La colpotomie vaginale postérieure permit de constater qu'un seul était prolabé, de l'autre côté il existait simplement une masse épiploïque adhérente. Nous avons trouvé des faits semblables à la Charité. Dans l'un d'eux, une prompte amélioration suivit la seule libération de l'épiploon par voie vaginale et sa réduction se fit aussitôt.

Les déplacements de l'intestin et de l'épiploon qui viennent d'être examinés sont consécutifs à des inflammations qui leur sont associées. Le fait principal est leur adhérence qui prête à confusion, alors même qu'il n'y a pas de hernie du cul-de-sac de Douglas. Nous devons maintenant rappeler les caractères cliniques des hernies rétro-utérines proprement dites.

La seule que nous ayons observée ne coexistait pas avec un prolapsus génital prononcé et appartenait à cette variété où le cul-de-sac de Douglas, élargi dans son ensemble, repoussait en avant la paroi vaginale postérieure sur toute sa largeur, sans l'amener jusqu'à la vulve. La malade ne se plaignait que d'une certaine gêne, la tumeur était à peu près indolente à la pression, la réduction, facile, ne s'accompagnait pas de gargouillement. Il est classique de reconnaître une autre variété où la hernie contenue

(1) Thèse de Paris, 1887.

dans une partie seulement du péritoine du Douglas qui forme son sac, fait, dans le vagin, une saillie pédiculée susceptible de phénomènes d'étranglement.

Les erreurs de diagnostic, souvent fatales, qui les ont fait traiter comme des kystes ou des abcès, sont partout signalées. Dans d'autres cas, la hernie ne bombe pas dans le vagin, mais dans le rectum, ou bien elle peut faire saillie au périnée ou à la grande lèvre. Berger (1), dans une entérocèle de cette dernière catégorie, reconnu, par le toucher rectal, le pédicule de la hernie.

Nous ne faisons que signaler les kystes du vagin par persistance incomplète d'un long cul-de-sac de Douglas infantile et par isolement de sa partie terminale. Leur histoire est encore entourée d'obscurité.

Déplacements de la vessie. — La vessie fait, dans le cul-de-sac de Douglas, des apparitions imprévues, rares et étudiées depuis peu. Un utérus gravide, rétroversé ou rétrofléchi, un fibrome utérin coexistent avec une rétention d'urine, comme il est fréquent de l'observer. Mais voici l'anomalie : la vessie, au lieu de former simplement un globe abdominal plus ou moins volumineux, se distend en arrière, coiffe l'utérus, dépasse son fond et vient faire saillie au niveau de la paroi vaginale postérieure, après avoir rempli, au moins partiellement, le Douglas. Trois faits de ce genre ont été observés par

(1) Congrès français de Chirurgie, 1896.

M. Laroyenne (1), un autre par MM. Martin et Brée (2). On comprend combien, cliniquement, ils prêtent à de fausses interprétations. La vessie se présente comme une tumeur fluctuante perceptible par le vagin et par l'hypogastre, le cathétérisme, même pratiqué avec une sonde d'homme, ne suffit pas toujours à la faire reconnaître et ne parvient pas à vider le diverticule vésical rétro-utérin. Mais la pression vaginale sur ce diverticule provoque l'expulsion ou d'un jet d'urine ou, au moins, la sortie de quelques gouttes par le méat urétral. C'est la clef du diagnostic.

Déplacements de l'utérus. Rétrodéviation. —

Le fond de l'utérus vient se placer dans le cul-de-sac de Douglas lorsque cet organe bascule en rétroversion ou se coude — le plus souvent au niveau de l'isthme — en rétroflexion. Ces deux déplacements se combinent souvent, d'ailleurs, et on les renferme couramment dans la même description, sous le nom de rétro-déviation. Nous verrons plus loin l'intérêt qu'il y a pourtant à distinguer ces deux formes, au point de vue de leur diagnostic différentiel avec d'autres affections.

Pour que le fond utérin atteigne le cul-de-sac de Douglas il faut que la déviation soit prononcée et arrive à ce que l'on considère comme son troisième

(1) LATHURAZ-VIOULET. — *Annales de Gynécologie*, avril 1896; SEYTRE. — Thèse de Lyon, 1896-1897.

(2) *Normandie Médicale*, juin 1896.

degré, c'est-à-dire que l'axe du corps utérin se place au-dessous d'un plan horizontal par rapport au sujet considéré debout.

Nous ne pouvons envisager ici qu'un coin de la symptomatologie des rétrodéviations. Nous n'examinerons pas les conditions dans lesquelles elles se produisent, si elles sont congénitales, traumatiques, inflammatoires ou puerpérales, et nous aurons plus spécialement en vue la question de leur réductibilité et de ses obstacles. L'exploration du cul-de-sac recto-utérin est, pour la résoudre, particulièrement instructive et entraîne des conséquences d'un intérêt pratique immédiat. Ce sont, d'ailleurs, les rétrodéviations d'une réductibilité difficile dont le diagnostic différentiel est le plus délicat et c'est elles surtout que nous examinerons à ce point de vue.

Le palper et le toucher combinés, dans l'exploration d'une rétrodévation prononcée, donnent donc les résultats suivants : le fond et la paroi postérieure de l'utérus plus ou moins éloignés de la main qui presse sur l'hypogastre et d'autant plus rapprochés du doigt qui déprime le cul-de-sac vaginal postérieur. La paroi vaginale peut même être repoussée en avant et former une colpocèle postérieure profonde qui persiste après réduction de l'utérus (1). Mais la classification pratique des rétrodéviations n'est pas dans le degré de bascule ou de flexion, elle est dans la constatation de leur degré de mobilité; c'est celle

(1) RAIMOND. — Thèse de Paris, 1897-1898.

que Trélat (1) a indiquée en les désignant sous les trois chefs de rétrodéviations mobiles, résistantes et adhérentes. Le premier mouvement du gynécologue est donc de presser sur le fond utérin par le cul-de-sac vaginal postérieur et d'essayer de le soulever en esquissant le premier temps d'une réduction manuelle.

Cette pression de bas en haut sur la face postérieure ou sur le fond de l'utérus rétrodévié, même lorsqu'il n'existe pas d'annexite concomitante ou de pelvi-péritonite accusée, est ordinairement douloureuse. C'est là un point capital qui explique bien des erreurs de diagnostic, bien des tentatives de réduction arrêtées en chemin et d'adhérences affirmées à tort.

Si, après cette simple manœuvre, l'utérus se redresse et reprend sa position normale, il ne s'agit, le plus souvent, pas d'une véritable rétrodéviation, car il faut, pour mériter ce nom, une certaine stabilité dans le déplacement, c'est simplement à une mobilité ou à une flexibilité exagérées de l'utérus que l'on a affaire. Il se place en arrière parce que l'examen est pratiqué dans la position gynécologique ordinaire, la patiente couchée sur le dos; mais, qu'on lui fasse prendre la position genu-pectorale et qu'on pratique le toucher, on trouvera, au contraire, une antéversion ou une antéflexion exagérée.

Nous passons sur les rétrodéviations vraies réductibles qui cèdent aux procédés classiques de rédu-

(1) *Semaine Médicale*, 1888.

tion, pour parler des rétrodéviations résistantes et adhérentes. L'utérus résiste et ne se laisse réduire ni par les efforts manuels, ni par l'hystéromètre qu'il peut même être impossible d'introduire, tant le col regarde en haut, en cas de rétroversion, ou tant la coudure est prononcée en cas de rétroflexion. La rétrodéviation est donc irréductible ou difficilement réductible. Ce n'est pas dire qu'elle soit adhérente. Sans parler des tumeurs pelviennes, telles qu'un kyste de l'ovaire qui peut causer une rétroversion fixe, un utérus volumineux qui a basculé dans la concavité du sacrum s'y enclave et la courbure sacrée s'oppose à ce qu'on le ramène en avant. Ces faits sont de connaissance banale. Aussi, nous n'insisterons pas ici sur la rétrodéviation de l'utérus gravidé ou fibromateux enclavé dans le petit bassin et s'accompagnant d'une rétention d'urine qui est un obstacle de plus à la réduction, le premier, d'ailleurs, et le plus facile à lever. Quand l'utérus n'est pas hypertrophié par une grossesse commençante, à la suite d'une fausse couche ou par une véritable tumeur, l'enclavement dans la concavité du sacrum est plus rare. On l'observe, cependant, dans les déviations anciennes et Bouilly (1) rapporte un exemple de fausse irréductibilité appartenant à cette catégorie et où l'utérus, en mauvaise position depuis dix-sept ans, put être réduit par l'hystéromètre, alors qu'au toucher seul il paraissait « irréductible et comme

(1) Symptômes et traitement des rétrodéviations non compliquées (*La Gynécologie*, 15 octobre 1896).

confondu avec les parties voisines ». Mais il est une variété d'enclavement qui en impose facilement pour une fixation par adhérence. Elle atteint des utérus simplement rétrodéviés, à peine augmentés de volume par la congestion et la métrite inhérentes à leur position défectueuse. On a peu insisté sur cette variété que nous croyons assez fréquente et que Mundé (1) signale nettement. « On confond, dit-il, avec des adhérences péritonéales l'enclavement du fond de l'utérus entre les ligaments sacro-utérins rétractés ; il suffit d'ordinaire d'exercer une pression sur le fond de l'utérus pour vaincre la résistance de ces ligaments et corriger la déviation ». Ainsi, en pareil cas, le corps utérin atteint le fond du cul-de-sac de Douglas. Le détroit formé par les replis utéro-sacrés qui sépare le fond du cul-de-sac de l'atrium conserve une inextensibilité relative, et fait obstacle à la réduction d'un utérus congestionné. On pourrait objecter à la réalité de cet obstacle un argument théorique tiré du relâchement et de l'affaissement des ligaments utéro-sacrés, en cas de rétroversions depuis longtemps existantes. Mais cette considération perd sa valeur s'il s'agit d'une rétroversion peu ancienne (2).

(1) Petite Chirurgie Gynécologique.

(2) Le relâchement des ligaments utéro-sacrés n'est pas la cause d'un certain nombre de rétrodéviations (sans même parler des traumatiques) ; il en est qui surviennent en dépit de la traction qu'ils exercent normalement sur le col utérin. Mais, une fois la déviation produite, et alors que ces ligaments ne sont point encore affaiblis, leur traction ne tend

Si l'on ajoute à ces enclavements utérins les réductions arrêtées par la douleur et précédemment signalées, on voit toute une catégorie de faits où l'utérus peut paraître adhérent et ne l'est pas et qui entraînent un pronostic plus favorable de beaucoup que les adhérences vraies.

Celles-ci siègent dans l'intérieur du péritoine et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On conserve encore aux premières la dénomination un peu vieillie de périmétritiques et aux secondes celle de paramétritiques. Les brides intra-péritonéales qui retiennent l'utérus dans la cavité du Douglas ont, dans la grande majorité des cas, les annexes altérées pour point de départ. Plus rarement les adhérences n'intéressent que les deux feuillets péritonéaux de la cavité de Douglas et ne prennent pas attache sur les annexes. Dietel (1) désigne sous le nom d'adhérences directes

qu'à augmenter la mauvaise position de l'utérus. Ceci est la conséquence du déplacement de l'axe utérin par rapport au point d'application de la force des ligaments sur le col. Il en résulte donc que les ligaments utéro-sacrés peuvent s'opposer à la réduction, et par le détroit qu'ils forment et par leur traction sur l'utérus déplacé.

De fait, quand on réduit certaines rétroversions, on sent parfois un ressaut au moment où le corps utérin passe d'arrière en avant. On a la sensation que la réduction pourrait, en pareil cas, se maintenir toute seule (ce que nous ne saurions prouver cliniquement). C'est que les ligaments utéro-sacrés, bien conservés, ont repris leur mode d'action normal.

(1) Zur Behandlung der uteri fixati, in *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, mai-juin 1901.

celles qui fixent l'utérus aux parois du Douglas, sans lésions annexielles coexistantes, et sous le nom d'adhérences indirectes celles qui relient l'utérus à l'ovaire ou à la trompe altérée et le maintiennent ainsi en rétrodéviation. Les statistiques montrent que les adhérences directes sont bien moins rebelles que les autres au traitement non sanglant; mais nous répétons qu'elles sont bien plus rares et que, pour certains gynécologistes, rétrodéviation adhérente est presque synonyme de rétrodéviation avec lésions annexielles.

Pour percevoir ces brides, le doigt vaginal soulève autant que possible le fond de l'utérus fixé et sent alors autour de lui des filaments tendus qui entraînent la paroi rectale dans le sens où l'on cherche à repousser l'utérus. Les annexes, prolabées et volumineuses, seront quelquefois reconnues aux côtés du fond utérin, lui étant tantôt accolées, tantôt simplement reliées et, en quelque sorte, mises en tension par les mouvements que l'on s'efforce de lui communiquer. Mais l'utérus rétrodévié peut masquer les annexes et on n'est aucunement autorisé à conclure à leur intégrité, parce qu'on n'a pas vérifié leur altération au cours de l'examen clinique.

Les adhérences sous-péritonéales ou paramétriques existent quelquefois isolées, mais elles sont souvent associées aux brides péritonéales. Elle se traduisent par un empâtement ou par des noyaux qui doublent le dôme vaginal et le soudent au fond du Douglas; il en résulte que le cul-de-sac vaginal postérieur est plus ou moins fixe, remonté, en quelque sorte étiré

par le retrait cicatriciel du paramètre. Schultze (1) avait essayé de préciser encore le diagnostic du siège de ces adhérences. D'après lui, les adhérences périmétritiques empêchent bien l'utérus d'être réduit, tandis que les adhérences paramétritiques ne s'opposent pas à la réduction, mais seulement à la contention. En effet, tandis que les lésions intra-péritonéales fixent le corps de la matrice, les lésions sous-péritonéales agissent sur le col qu'elles tirent en avant, provoquant ainsi la bascule de tout l'organe. On comprend qu'elles s'opposent moins complètement au relèvement du fond, mais qu'après réduction, elles tendent sans cesse à le ramener dans sa mauvaise position.

L'exploration du cul-de-sac de Douglas permet de reconnaître d'autres causes à l'impossibilité de maintenir en bonne place un utérus rétro-dévié, même avec l'appui d'un pessaire. Tout d'abord l'utérus peut paraître réduit et ne pas l'être. M. Fochier (2) a présenté récemment un nouvel exemple de ces fausses réductions et insisté sur quelques-unes de leurs formes. En portant la matrice en avant à l'aide des mains ou de l'hystéromètre, on peut ne pas rompre les adhérences qui la retenaient, mais transporter en bloc l'utérus, ses adhérences et leurs autres points d'attache rectale ou annexielle. Dans ce cas, le cul-de-sac de Douglas suit l'organe; le toucher rectal et

(1) Des méthodes de traitement de Schultze contre les rétrodéviations de l'utérus; LABUSQUIÈRE, d'après une leçon de Schultze (*Annales de Gynécologie*, 1892).

(2) *Société de Chirurgie de Lyon*, 1899-1900.

vaginal fera constater que le rectum est fortement coudé et attiré en haut, ainsi que le vagin, s'il est soudé au péritoine par des lésions paramétritiques.

Dans d'autres circonstances, la réduction est correcte, mais les adhérences n'ont été qu'insuffisamment étirées ; on sent que les annexes n'ont pas suivi l'utérus dans sa réposition, qu'elles sont toujours fixées au fond ou aux côtés du cul-de-sac de Douglas et continuent à exercer une traction qui prédispose à la récurrence.

Enfin des ovaires, même mobiles, mais prolapsés, deviennent parfois un obstacle au maintien de la réduction utérine par un pessaire ; ils tombent isolément dans le cul-de-sac utéro-rectal, une fois l'organe principal relevé, et la pression de l'arc postérieur d'un anneau leur est insupportable.

Ainsi on peut, dans une certaine mesure, appliquer aux rétrodéviations utérines les termes dont on se sert dans l'examen des hernies. Il y a de fausses réductions de l'utérus comparables aux fausses réductions herniaires. L'utérus, dans ces cas, se réduit avec son sac péritonéal douglassique auquel il adhère. Il existe des utérus réductibles et *incoercibles*, le pessaire est ici l'homologue du bandage herniaire.

Toutes les causes qui font une matrice irréductible ou incoercible ne se trouvent évidemment pas dans le cul-de-sac de Douglas ou dans le tissu cellulaire qui le double ; nous avons passé sous silence le rôle que peuvent jouer, à ce point de vue, les ligaments larges tordus ou rétractés, les modifications congénitales ou acquises de la paroi utérine. Il faut conve-

nir, cependant, que l'exploration de la cavité recto-utérine fournit des éclaircissements nombreux dont la valeur pratique est réelle. De leur connaissance, en effet se tirent des éléments utiles au choix du traitement à appliquer. Si, par exemple, on soupçonne des adhérences uniquement ousurtout sous-péritonéales, c'est une invite à persister dans des méthodes non opératoires, dans le massage notamment, dont la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître, en pareil cas, les bons effets (1). Si les adhérences sont reconnues intra-péritonéales, s'il existe des lésions annexielles, on a le droit de se décourager plus vite dans cette voie et de chercher la guérison dans des libérations, des décollements ou, même, des ablations d'annexes par voie vaginale ou abdominale suivies, ou non, d'une opération hystéro-fixatrice.

Le fond del'utérus fixé dans le Douglas n'est pas toujours aisément reconnu. On a hésité souvent pour savoir si c'était à lui ou à une tumeur inflammatoire annexielle remplissant le cul-de-sac que l'on avait affaire. Des antécédents génitaux, aigus ou chroniques peuvent exister dans les deux cas. Une paroi abdominale adipeuses ou en état de défense a empêché le palper hypogastrique de rien ajouter au toucher vaginal et l'hystérométrie a été impraticable. La *rétroversion* est, en général, malgré ces conditions défavorables, diagnostiquée sans trop de peine par la position et l'orientation du col utérin et sa conti-

(1) STAPPER. — Cellulite et myo-cellulite localisée et douloureuse (*Annales de Gynécologie*, 1893).

nuité manifeste avec la tumeur du Douglas ; il n'en est pas de même de la *rétroflexion* ; le col est alors en place et un sillon le sépare de la masse qu'on sent en arrière de lui et dont il s'agit de déterminer la nature. Le Dentu (1) et Pichevin recommandent de chercher la crête médiane postérieure du corps de l'utérus. Cette crête mousse et longitudinale, qui part de la limite supérieure du col et n'atteint pas le fond utérin, paraît raccourcie, mais exagérée en cas de rétroflexion. Sa constatation permet de reconnaître l'utérus et même de préciser sa situation dans le cas où la rétrodéviatiou coexiste avec des tumeurs fibreuses ou inflammatoires. Mais la découverte de cette arête n'est pas toujours possible et, si sa présence est instructive, son absence ne permet aucune conclusion.

L'orifice externe du col est ouvert, dans un certain nombre de rétrodéviations, avec hypertrophie du corps utérin. Cette particularité, que M. Laroyenne a souvent constatée, possède une certaine signification. Il s'agit, là, d'une béance qui n'est pas concomitante d'un catarrhe du col ; qui est beaucoup trop accusée pour s'expliquer par quelques pertes venues de l'endomètre corporel. Elle paraît due à une action mécanique de la rétrodéviatiou qu'elle peut aider à faire reconnaître.

Enfin, c'est encore l'essai d'une réduction manuelle qui donnera souvent les meilleures renseignements.

(1) LE DENTU. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1895.

Une rétrodéviatiou qui mérite, au point de vue du pronostic et du traitement, d'être classée parmi les fixes, se mobilise parfois assez, non pour permettre une réduction, mais pour aider le diagnostic. Le moindre mouvement du corps utérin est très instructif, permet souvent de saisir une continuité entre le col et lui et doit être recherchée avec soin.

Les difficultés du diagnostic sont portées au maximum lorsqu'il existe une poussée inflammatoire dans les adhérences qui fixent la déviation, ou qu'une annexite suppurée évolue dans son voisinage immédiat. Parfois la salpingite refoule de côté le corps utérin ; on sent deux masses douloureuses distinctes et on prend l'utérus pour une seconde lésion annexielle, alors qu'il n'en existe qu'une (1). D'autres fois on ne perçoit qu'une masse unique et l'on ne peut faire la part de ce qui appartient à l'utérus ou à ses annexes, Dans une très intéressante observation de Polaillon (2), l'utérus rétrofléchi coexistait avec un pyo-salpinx et fut ponctionné et débridé à sa place. « Le cul-de-sac postérieur est effacé par une masse dure, régulièrement arrondie, légèrement rénitente et extrêmement douloureuse..... L'hystéromètre ne pénètre que dans le col à une profondeur de trois centimètres ».

Une douleur extrêmement vive, provoquée par le

(1) BOUILLY. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1880 ; LE DENTU. — *Loco citato*.

(2) POLAILLON. — *Maladie des femmes*, Paris, 1901.

toucher le plus discret de la masse qui remplit le Douglas, coexistant avec une rétro-déviatiou très fixe, font bien présumer la présence du pus, mais il n'y a là rien d'absolu. Nous avons observé, à la clinique gynécologique de la Charité, à peu de temps de distance, deux malades, toutes deux atteintes de rétro-déviations tout à fait adhérentes, douloureuses au moindre contact et, depuis quelques jours, au moindre mouvement; on fit dans les deux cas une colpotomie postérieure exploratrice. L'une conduisit sur une double salpingite purulente d'un côté, l'autre sur des adhérences qui, détruites sans peine, permirent la réduction en ne laissant échapper de leurs mailles qu'un peu de sérosité.

Un autre incident de l'histoire des rétroflexions susceptibles de conduire à des erreurs est représenté dans l'exemple suivant (Cl. gyn. de la Ch.): Une malade se présente à la consultation avec une rétroflexion que l'on réduit facilement et que l'on maintient avec un pessaire sans constater d'annexite. Un mois après environ elle revient et raconte que, très soulagée pendant quelque temps, elle a vu ensuite réapparaître ses douleurs, mais sans plus de violence qu'avant la réduction. A l'examen on retrouve le cul-de-sac postérieur rempli par une tuméfaction et on pense que la rétroflexion s'est reproduite. Cependant l'hystérométrie démontra que l'utérus était reporté en avant, réduit par une masse inflammatoire torpide qui, la colpotomie le fit voir, contenait pourtant du pus. La tuméfaction postérieure disparue, la rétroflexion se reproduisit et, de plus en

plus incoercible, a provoqué, depuis lors, une laparotomie (1).

Le corps, congestionné et volumineux, d'une matrice rétrodéviée peut en imposer pour un fibrome utérin. Il est surtout difficile de savoir si les deux affections ne coexistent pas. L'appréciation du volume réel de l'utérus est, en effet, rendue particulièrement malaisée par sa rétrodéviatio qui le fait échapper à la palpation hypogastrique et, par conséquent, à l'examen bimanuel, le plus instructif sur les notions de volume. C'est donc, encore ici, la réduction de l'organe qui sera le premier temps de l'investigation. Mais le fibrome est, lui-même, un obstacle à la réduction, agissant contre elle de plusieurs manières et, plus spécialement au point de vue du Douglas, par le mécanisme de l'enclavement.

Nous aurons à signaler, à propos des hématocèles, les confusions souvent faites entre la rétroversion de l'utérus gravide et les collections sanguines enkystées dues à la rupture d'une grossesse tubaire.

Déplacement des ovaires. — Le prolapsus de l'ovaire n'est pas rare, mais ce diagnostic, résumé à cette simple formule, doit être assez rarement posé. En effet, le prolapsus se complique souvent d'altérations ovariennes, en particulier de dégénérescence scléro-kystique et d'adhérences péri-ova-

(1) Nous ne reviendrons pas, à propos des annexites, sur l'allure spéciale qu'elles doivent à la rétrodéviatio utérine concomitante.

riennes. Säger insiste sur ce que ce sont là des lésions aseptiques, alors que Zweifel, sans nier leur possibilité, dit n'avoir jamais vu d'adhérences sans infection (1). Mais, cliniquement, il est assez difficile de reconnaître s'il s'agit là de lésions uniquement dûes au prolapsus ou simplement favorisées par lui ou même l'ayant déterminé. Il est vrai qu'il est de nombreuses observations de prolapsus de l'ovaire chez des femmes indemnes de tout passé génital et même chez des vierges. Mais, alors, il s'agit ordinairement de déplacements traumatiques consécutifs à des chutes sur le siège, et le dépouillement des observations citées dans la thèse de Vallin (2) montre que ce prolapsus traumatique est ordinairement accompagné d'une rétrodéviatiou de même origine qui le fait passer au second plan.

La ptose ovarienne peut passer inaperçue et, chez des femmes de la campagne au système nerveux peu irritable, on la découvre par hasard, comme, d'ailleurs, cela se passe pour les rétrodéviations utérines. Les troubles qu'elle provoque sont bien connus. Nous ne faisons que répéter ce qui est exposé dans la thèse de Vallin et le mémoire de Säger (1), en rappelant qu'ils sont caractérisés par une douleur exacerbée au moment des rapports sexuels, des selles, souvent des règles, se calmant dans les posi-

(1) Gessellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig, 22 juillet, in *Centralblatt f. Gyn.*, 29 février 1896.

(2) Thèse de Paris, 1889.

(1) Ueber descensus und pelvifixura ovariorum (*Centralb. f. Gyn.*, 1896).

tions qui tendent à réduire le prolapsus. Le dernier degré de cette chute, par laquelle l'ovaire ou les ovaires atteignent le fond du Douglas, donne sans doute plus facilement lieu à ces troubles, se reconnaît plus aisément et c'est une des raisons pour lesquelles on le juge plus fréquent que le simple déplacement dans la fossette sous-ovarienne qui est à peine pathologique. L'ovaire, d'un côté, ou des deux côtés est assez aisément reconnu au toucher, s'il a gardé sa mobilité et sa forme anatomique. Il conserve sa sensibilité spéciale au contact, même s'il est volumineux ou adhérent et on ne devra pas, en pareil cas, se hâter de conclure à son altération profonde. La dégénérescence scléro-kystique qui, d'après certains gynécologues, pourrait être reconnue sur des ovaires en position anatomique normale, devrait, semble-t-il, être alors perçue facilement sur des ovaires prolapsés qu'on peut prendre quelquefois sans peine entre un doigt vaginal et un doigt rectal. Nous voyons, cependant, qu'on n'en parle guère dans les examens cliniques et qu'on la trouve souvent à l'opération, ce qui contribue à rendre sceptique au sujet de la possibilité de ce diagnostic en général.

Les douleurs d'une rétrodéviation utérine sont, dans certains cas, dues surtout à la pression du corps utérin sur un ovaire prolapsé avec lui. En pareille circonstance, tantôt les deux organes se réduisent ensemble, l'ovaire à la suite de l'utérus, tantôt l'ovaire reste seul prolapsé et nous avons déjà signalé la difficulté qu'il pouvait alors créer pour le port

d'un anneau. Bouilly a, cependant, remarqué que, si l'on parvenait à maintenir l'utérus réduit, l'ovaire pouvait, au bout de quelques semaines, venir reprendre sa place normale qu'il n'avait pas réoccupée dès le début.

Il n'est pas étonnant que la grossesse apporte souvent une guérison à cette affection et soit un excellent agent de réduction, mais il y a d'autres réductions spontanées difficilement expliquables. Nous rappelons, à ce propos, l'opinion de Sängér qui fait jouer un certain rôle au côlon ilio-pelvien, susceptible tantôt de maintenir la mauvaise position, tantôt, au contraire, de relever, par ses mouvements, les ovaires et de les placer dans une situation moins incommode.

CHAPITRE II

INFLAMMATIONS

I. — Inflammations péritonéales généralisée non tuberculeuses. — Ascites.

La sérosité ou le pus, épanché dans la grande cavité péritonéale libre de cloisonnement, au cours d'une ascite ou d'une péritonite généralisée, tombe dans le fond du Douglas. C'est le point le plus déclive de la poche séreuse et quand le liquide est peu abondant, c'est là seulement qu'on le trouve aux autopsies. Cliniquement il ne manifeste sa présence ni par un abaissement notable du cul-de-sac vaginal postérieur, ni par une sensation de tension facilement appréciable au toucher dans cette région. M. R. Tripier (1) a étudié cette question expérimentalement et cliniquement. En injectant de l'eau dans l'abdomen d'un cadavre sur lequel on pratiquait le toucher, il a senti

(1) Sur le diagnostic de l'ascite au moyen du toucher vaginal (*Lyon Médical*, 1886).

les culs-de-sac vaginaux se tendre et l'utérus être refoulé en avant seulement lorsque la pression intra-abdominale atteignait un degré très élevé et qu'on peut regarder comme pratiquement irréalisable dans une ascite ou dans une péritonite. Mais, avant même qu'on ait fini d'introduire trois cents grammes de liquide dans le petit bassin, avant que l'utérus soit complètement immergé, apparaissait une mobilité anormale de l'utérus qui se déplaçait au moindre contact du doigt sur le col, à condition, bien entendu qu'il n'existât pas d'adhérences.

Ainsi donc le toucher vaginal, dans les péritonites non enkystées, peut révéler de très légers épanchements, mais l'exploration du cul-de-sac de Douglas ne donne guère, par elle même, de renseignements, à moins que l'utérus ne soit rétroversé et qu'on ne constate par là directement, la mobilité du corps utérin.

Il existe aussi des épanchements purulents intrapéritonéaux d'origine génitale limités au petit bassin ne présentant ni cloisonnement ni enkystement et qui ne signalent nullement leur présence dans le cul-de-sac postérieur qu'ils remplissent pourtant. Pendant notre internat chez M. Vallas, nous avons observé un exemple de cette variété. Une jeune femme présentait, à la suite d'un avortement, de la fièvre et un état général qui allait s'aggravant depuis plusieurs jours ; on guettait l'apparition, en quelque point du bassin d'une collection qui ne se montrait pas. Il n'existait pas, d'ailleurs, de symptômes de péritonite généralisée. La fièvre et l'état général empirant,

M. Vallas se décide à une hystérectomie vaginale. On remarqua encore, avant l'opération, qu'il n'existait point de collection perceptible dans les culs-de-sac péritonéaux ; ceux-ci étaient à peine ouverts qu'il s'échappa une quantité de pus qui entourait librement l'utérus.

Non seulement les épanchements non enkystés ne se sentent pas dans le cul-de-sac postérieur, mais ils gênent souvent pour sentir les organes qui y sont contenus et, par conséquent, pour apprécier leurs lésions. M. Tripier dit, en effet, que « si l'on passait le doigt dans les culs-de-sac pour explorer la portion sus-vaginale du col de l'utérus, on n'atteignait pas ces parties ». Il en sera de même pour des annexes qui ne sont pas complètement fixées et qui plongent dans le liquide de l'épanchement. Leur diminution de poids, due à leur immersion, rendra leur examen plus difficile. Aussi doit-on peu attendre de l'exploration du cul-de-sac postérieur pour dépister l'origine d'une péritonite aiguë et les commémoratifs prennent en pareil cas une importance presque exclusive.

L'apparition de l'ascite, au cours de l'évolution d'une tumeur du cul-de-sac postérieur, peut, dans des faits exceptionnels, avoir des conséquences mécaniques heureuses et faire cesser des phénomènes de compression relevant de la localisation de cette tumeur. M. Laroyenne a ainsi observé une tumeur solide de nature indéterminée, peut-être tuberculeuse, remplissant le Douglas et déterminant, par sa présence en ce point, une rétention d'urine. De l'ascite vint à apparaître, la tumeur, plus légère,

se souleva sans que son volume ait diminué, cessa d'être enclavée et la rétention d'urine disparut.

II. — Annexites et pelvi-péritonites

Les rapports entre le cul-de-sac recto-vagino-utérin et les annexes malades méritent toujours un soigneux examen. Alors même que les lésions n'ont pas envahi le fond du Douglas, une salpingite haute ou antéro-latérale peut être abaissée artificiellement, rapprochée du vagin et abordée facilement par cette voie. La pression hypogastrique exercée dans ce but directement sur la salpingite, ou indirectement sur elle par l'intermédiaire de l'utérus, doit être prudente. Les ruptures de collections enkystées au cours du palper abdominal, comme celles qui sont réunies dans la thèse de Vuillième (1), montrent assez le danger d'un effort trop persistant. L'abaissement du col utérin par une pince aide à la descente des annexes, mais il est ordinairement moins efficace et commande les mêmes ménagements. Il a, de plus, l'inconvénient de mettre en tension la muqueuse du dôme vaginal et de gêner ainsi le toucher. Ces manœuvres sont puissamment servies par le sommeil anesthésique. Aussi, quand au cours d'un premier examen, fait sans insistance, on a constaté qu'une tumeur salpingo-ovarienne se mobilisait dans le sens vertical, on est ordinairement en droit d'espérer, au moment de l'anesthésie opératoire, une descente

(1) Thèse de Paris, 1900.

assez complète pour permettre l'intervention par voie vaginale.

Mais nous avons à envisager ici plus exclusivement les inflammations annexielles ou péri-annexielles en rapport *anatomique* avec le cul-de-sac de Douglas. Rarement les lésions sont tout entières contenues dans les limites de cette région, mais il suffit qu'elles s'y trouvent partiellement pour rentrer dans notre cadre. Pratiquement, celles qui présentent ce caractère d'appartenir au fond du Douglas, ne serait-ce que par une de leurs extrémités, méritent bien d'être groupées ensemble. Toutes, en effet, à de rares exceptions près, trouveront, lorsqu'elles seront justiciables d'une intervention sanglante, une voie opératoire d'élection dans la colpotomie postérieure. Nous allons essayer, en utilisant surtout nos souvenirs personnels, de classer ces faits d'après les sensations fournies par l'investigation du cul-de-sac postérieur, avant son ouverture, et nous les interpréterons d'après les résultats des colpotomies considérées ici comme opérations exploratrices.

Les suppurations du tissu cellulaire et, en particulier, le phlegmon de la gaine hypogastrique n'appartiennent pas à la pathologie du Douglas. Dans les cas typiques, leur tuméfaction latérale, soudée à l'utérus ne prête, d'ailleurs, pas à confusion. Elle peut, il est vrai, contourner le col utérin et s'étendre en arrière de lui, mais la distinction est encore souvent possible (1). Inversement, des paramétrites intéres-

(1) DELBET. — Les suppurations pelviennes chez la femme.

sant les ligaments utéro-sacrés, certaines inflammations chroniques du tissu cellulaire qui double le cul-de-sac de Douglas, sont souvent associées aux lésions qui occupent son intérieur et nous aurons à les mentionner.

1^o Annexes malades prolabés dans le cul-de-sac postérieur ayant conservé leur mobilité et leur forme. — A ce premier degré, non seulement les annexes sont mobiles dans le Douglas, mais on reconnaît leur forme anatomique bien conservée et on sait ordinairement si c'est à l'ovaire, à la trompe, ou à ces deux organes ensemble que l'on a affaire. Nous ne parlerons pas de l'ovaire, les lésions qu'il présente alors se confondent à peu près avec celles dont il a été question à propos de son prolapsus.

Le prolapsus d'une salpingite légère est plus délicat à reconnaître : la paroi tubaire a conservé sa souplesse. Le doigt, promené dans le cul-de-sac vaginal postérieur, ne saurait, bien entendu, attendre, en pareil cas, aucun secours d'une contre-pression hypogastrique. Il ne doit pas déprimer les tissus, mais les effleurer, pour obtenir l'impression d'un léger relief allongé et mou. On peut alors comparer la sensation obtenue à celle que donne parfois une anse intestinale grêle et on doit se méfier de cette cause d'erreur possible. Cette salpingite est souvent méconnue, les troubles peu intenses d'ailleurs, qu'elle provoque, sont alors mis à tort sur le compte d'une métrite. Un traitement chirurgical n'est pas évidemment de mise en pareille circonstance et nous n'avons

pas le contrôle d'une intervention pour nous apprendre à quelle forme anatomo-pathologique correspond cette forme clinique ; il est vraisemblable qu'il s'agit d'une salpingite catarrhale.

A un degré plus avancé, le cordon tubaire est induré, plus manifestement douloureux et il n'y a aucune peine à le reconnaître. La persistance des douleurs et des signes physiques peut engager à une intervention et, si on est décidé à sacrifier cette trompe tombée si bas, on entreprend son ablation par la colpotomie postérieure avec une confiance inspirée par sa mobilité. Mais mobilité n'est pas synonyme d'absence d'adhérences ; dans un cas semblable où le cordon salpingien évoluait avec la plus grande facilité dans le Douglas, à la moindre pression, nous avons vu une adhérence intestinale très intime qu'il fallut détacher avec soin, après avoir attiré dans le vagin l'anse grêle et la trompe. Celle-ci avait des parois épaisses et contenait un liquide séro-purulent peu abondant.

2° Annexes malades prolabées dans le cul-de-sac postérieur ayant conservé leur mobilité et perdu leur forme. — On perçoit alors, dans le Douglas, une masse arrondie ou allongée qui ne conserve plus aucun caractère anatomique de la trompe ou de l'ovaire et qui se déplace surtout dans le sens vertical. En la repoussant, en haut, par une pression un peu forte, on peut l'amener parfois sous la main qui déprime l'hypogastre. Ces signes répondent à des hydro-salpinx de petit ou de moyen

volume et à quelques rares exemples de pyo-salpinx libres.

Les manifestations douloureuses concomitantes sont nulles ou peu accentuées. Elles peuvent se réduire à une pesanteur ou à une douleur locale peu augmentée par l'examen. Nous renvoyons aux traités classiques pour le détail des symptômes des hydro-salpinx. Les travaux de Cathelin (1) nous apprennent que la torsion des hydro-salpinx développés dans le Douglas est vraisemblablement rare. Mais, une fois la torsion faite dans l'abdomen, l'hydro-salpinx peut tomber dans le cul-de-sac recto-utérin. Une douleur vive, des phénomènes péritonéaux coexistent alors avec les signes physiques précédents. Ceux-ci peuvent même subir quelque modification par l'apparition d'adhérences. Mais ces torsions sont, en somme, des faits assez rares dans la région que nous étudions et leur diagnostic y a été ordinairement méconnu.

3° *Annexes malades prolabées dans le cul-de-sac postérieur ayant perdu leur mobilité et leur forme.* — Cette variété, fréquente, répond à des lésions anatomo-pathologiques très diverses. Les opérations prouvent qu'il s'agit tantôt de salpingites purulentes sans rétention, tantôt de pyo-salpinx, tantôt de salpingites moins graves ou en voie de guérison, mais qui, toutes, ont ce point commun d'être fixées et déformées par des adhérences qui les

(1) *Revue de Chirurgie*, 1901.

relient aux parois du Douglas et aussi, parfois, aux anses intestinales ou à l'épiploon. Il est rare, en effet, que la perte de la mobilité ne s'accompagne pas d'une déformation. Celle-ci est, ordinairement, assez prononcée pour que, non seulement il soit impossible d'établir avec quelque précision les modifications des organes malades, mais même pour qu'on ne puisse dire si c'est la trompe (1) ou si c'est l'ovaire que l'on touche, ce qui est bien le vrai criterium de l'ignorance. Ce qu'on pourra presque toujours reconnaître, c'est le côté atteint; en effet, la tuméfaction n'occupe pas toute la largeur du cul-de-sac recto-utérin, comme dans les collections du Douglas proprement dites que nous examinerons plus tard.

Elle reste en contact avec une des parois latérales du cul-de-sac reliée à elle plus spécialement. Si on peut remonter jusqu'à la fosse sous-ovarienne, au-dessus des ligaments utéro-sacrés, par le toucher rectal ou vaginal, on aura encore plus nettement l'impression du côté atteint. En somme, même dans le fond du Douglas, une lésion annexielle appartenant au type que nous étudions est assez généralement reconnue comme venant du côté droit ou du côté gauche et mérite encore d'être qualifiée de rétro-latérale. Les changements qui amènent une trompe gauche en situation droite derrière l'utérus, ou inversement, sont, on le sait, très rares. Les

(1) Les interventions et l'anatomie pathologique ont, d'ailleurs, appris que la trompe était en cause bien plus fréquemment que l'ovaire

confusions, à ce point de vue, deviennent plus faciles lorsque les annexes des deux côtés sont prolabées dans le Douglas. Celui-ci n'est pas encore uniformément rempli, comme il l'est par certaines collections, on peut toujours insinuer le doigt dans des espaces libres en avant, en arrière ou latéralement, mais ces sensations plus nombreuses deviennent plus confuses. L'espace est souvent trop restreint pour loger à l'aise une double annexite et elles chevauchent l'une sur l'autre, si bien que le doute est fréquent. On se demande non seulement où sont les annexes droites et où sont les gauches, mais même si elles y sont toutes deux. Ceci est plus important au point de vue pratique ; j'ai vu la question se poser ainsi : on sent deux masses plus ou moins adhérentes dans le cul-de-sac postérieur, leur réduction dans la fosse sous-ovarienne donnerait des renseignements et montrerait de quel côté elles se dirigent, mais elle est impossible ; on hésite, ne sachant si l'on a sous le doigt la trompe et l'ovaire d'un même côté, ou bien les annexes des deux côtés. Les lésions paraissent, d'autre part, assez avancées pour qu'on puisse craindre que tout ce qu'on sent dans le cul-de-sac postérieur mérite l'ablation. Suivant la réponse donnée à la question, on peut prévoir une castration totale ou unilatérale.

Nous revenons maintenant au cas le plus simple, envisageant une annexite unilatérale fixe et déformée, occupant partiellement le Douglas et dont il est difficile de juger la gravité d'après les signes physiques.

Th. Landau (1), parlant des différences entre les résultats de l'examen des lésions avant et après l'opération, insiste sur le rôle trompeur des adhérences péritonéales. « Pendant la vie, partout où il existe des cavités et des saillies, le péritoine enflammé conduira ordinairement des fausses membranes d'une paroi à l'autre et nivellera les irrégularités en produisant une agglomération de cavités kystiques. Si l'on veut formuler ceci sous forme de loi, on peut dire que le péritoine, dans beaucoup de processus inflammatoires, montre de la tendance à modeler la forme de l'organe malade sous l'aspect d'une boule ou d'un œuf. » Ainsi le remaniement péritonéal de l'annexe malade se fait dans un sens régularisateur. Un cordon tubaire très contourné, sans dilatation kystique véritable, peut prendre l'aspect lisse et arrondi d'un pyo-salpinx. La tumeur est trop basse et trop peu volumineuse pour que la palpation abdominale aide au toucher; cependant, en combinant l'examen vaginal à l'examen rectal, on peut se faire une idée sur ses dimensions. D'une façon générale, les formations péritonéales de voisinage apportent à l'annexe malade un accroissement de volume aussi bien que de régularité dont on devra tenir compte dans l'estimation de son état réel.

Cependant, il s'agit là de lésions inflammatoires en évolution et les adhérences péritonéales changent facilement. Elles ne diminuent que lorsque tend à

(1) Die Entzündungen der inneren weiblichen Genitalien in Klinischer Darstellung (*Arch. für Gynæk.*, 1900).

s'éteindre la lésion centrale qui les a déterminées, mais elles peuvent s'accroître alors même que celle-ci ne s'accroît pas et marche même vers la guérison; le péritoine, une fois irrité, continue à former des fausses membranes sans qu'il soit besoin d'une nouvelle incitation.

Le toucher rend compte de ces modifications; lorsque les adhérences se forment ou diminuent, des irrégularités existent au pourtour de la tuméfaction, on sent des points plus dépressibles ou plus durs.

Si la lésion tubo-ovarienne est suppurée, elle se soude peu à peu au vagin ou au rectum et on sentira alors l'un ou l'autre de ces conduits immobilisé en un point sur la tuméfaction du Douglas, le doigt ne pourra plus faire glisser sur elle la muqueuse vaginale ou rectale qui a adhéré dans un espace plus ou moins limité où le moindre contact déterminera la plus vive douleur. Ces signes dénotent l'imminence d'une fistule vaginale ou, plus souvent, rectale. L'écoulement du pus par un de ces conduits est accompagné d'une détente dans les phénomènes douloureux. C'est à ceci seulement que se révélera souvent la fistule. Il ne faut pas compter la voir dans le rectum et, même dans le vagin, l'orifice est, contre toute attente, difficile à trouver au spéculum. On peut le reconnaître quand on l'examine à une date très rapprochée de l'établissement de la fistule, mais, dans les jours qui suivent, il devient très difficile à mettre en évidence.

Cette fistule spontanée peut se tarir et dispenser de toute intervention. Avant de se prononcer, on attend

quelques jours et on cherche si, la fistule tarie, la tuméfaction n'a pas de tendance à se reproduire; si même il persiste quelque induration suspecte, mais non douloureuse, on ne se hâtera pas d'opérer; on sait, en effet, qu'elle peut se résorber à la longue. Si, au contraire, la fistule persiste, le plus simple moyen de la fermer sera d'ouvrir la poche purulente par un large débridement vaginal, curateur même lorsqu'il s'agit de guérir une communication avec le rectum.

Les annexites fixes et prolabées et ne remplissant pas complètement le Douglas avant leur fistulisation peuvent s'accompagner de vives douleurs; les malades restent couchées ou ne marchent que pliées en deux et le système nerveux de ces femmes, affecté par des souffrances antérieures déjà longues, les exagère encore. Il faut savoir reconnaître, au milieu de leur agitation ou de leur dépression, que leur état n'est pas immédiatement grave, que les lésions péritonéales, bien cantonnées au fond du Douglas, n'ont pas retenti sur la grande séreuse. L'intervention a donc rarement un caractère d'urgence. Elle est motivée, cependant, par la douleur et par la persistance des signes physiques que nous avons décrits. La fluctuation est difficile à affirmer avec le seul toucher et dans des tuméfactions d'un volume aussi peu considérable. L'issue du pus par l'orifice externe du col utérin, au moment où on presse sur elles, est exceptionnelle. Mais leur sensibilité vive et limitée, leur volume, leur soudure au vagin font présumer la présence du pus. Il est alors indiqué de les ponctionner et de les débrider.

Si on croit, au contraire, qu'il n'y a pas de suppuration collectée, on peut faire une colpotomie exploratrice et, après avoir reconnu l'état des annexes, on les enlève ou on pratique sur elles une opération conservatrice. Les signes physiques que nous avons étudiés ne permettent pas de prévoir s'il existe, ou non, des adhérences intestinales, mais on sait, par avance, lorsque la tumeur est ainsi limitée à une partie du Douglas, qu'on ne pourra pas la détacher de ses adhérences sans entrer dans l'autre partie du cul-de-sac qu'aucun cloisonnement ne sépare de la grande cavité péritonéale. A l'inverse des collections que nous verrons dans le chapitre suivant, il ne sera guère possible d'énuccléer les annexes sans sortir de la zone des adhérences et les anses intestinales risqueront d'apparaître dans le champ opératoire.

Il arrive qu'après avoir perçu très nettement, par le toucher vaginal, une tumeur située au fond du Douglas et latéralement comme une annexe, on ne sente plus rien du tout après l'ouverture du cul-de-sac et que les annexes soient reconnues en position normale et sans augmentation de volume. Le mémoire de Barnes (1) contient une remarque propre à expliquer ces faits. Comme nous l'avons dit, en rappelant l'anatomie de la région, cet auteur insiste beaucoup sur ce que le cul-de-sac recto-utérin descend plus bas à gauche qu'à droite; le point gauche, très déclive, est tout disposé à se remplir, à la moindre atteinte de pelvi-péritonite, d'une

(1) *Loco citato.*

sérosité qui peut s'y collecter et ne pas se résorber immédiatement après la cessation des phénomènes aigus qui lui ont donné naissance. Le siège latéral de cet enkystement, limité à la corne gauche du cul-de-sac de Douglas, en impose facilement pour une annexite. Barnes, dans des cas semblables, dit avoir pu, par le toucher rectal, remonter plus haut que cette apparence d'annexite et atteindre les vraies annexes restées à leur place normale et vraisemblablement peu altérées. Cette illusion peut se produire du côté droit, si le cul-de-sac de Douglas pousse son prolongement déclive à droite. Mais elle se trouvera plus fréquemment à gauche, comme se trouve plus fréquemment ce prolongement lui-même. Ainsi, ces diagnostics erronés iront encore grossir surtout le nombre des annexites gauches et accentuer la disproportion qui existe entre leur fréquence et celle des annexites droites. Nous insistons avec quelque complaisance sur ces détails parce qu'ils nous paraissent donner la clef de certaines ouvertures blanches du cul de-sac postérieur. Dans deux circonstances, nous avons vu une tuméfaction gauche du Douglas s'évanouir après son incision. Il s'échappa un peu de sérosité, mais il est normal d'en voir sortir un peu comme dans le débridement d'un sac herniaire. Les annexes étaient, dans ces deux cas, en situation normale. Les douleurs semblaient tenir, dans l'un, à un ovaire scléro-kystique, dans l'autre à une rétroversion.

4^e Collections proprement dites du cul-de-

sac de Douglas d'origine génitale (non compris les hématocèles).— Nous rangerons sous cette dénomination les collections à contenu purulent ou séreux qui occupent *entièrement* le fond du Douglas. Elles répondent à deux ordres de faits anatomo-pathologiques : des hydro ou surtout des pyo-salpinx volumineux et des pelvi-péritonites. Ces lésions méritent d'être cliniquement réunies, car leurs caractères physiques symptomatiques sont très semblables, et distinguer entre elles avant l'opération est souvent impossible.

Le palper et le toucher combinés permettent d'apprécier le pôle inférieur et le pôle supérieur de la collection. Son exploration se réduit à peu près à ces deux données ; nous allons commencer par l'examen du pôle inférieur. Celui-ci fait saillie dans le vagin en arrière du col, il dépasse parfois le plan horizontal qui passe par son orifice externe, c'est dire que la collection, très volumineuse, a repoussé le fond du cul-de-sac de Douglas entre le vagin et le rectum en lui faisant décoller la cloison qui sépare ces deux conduits. Un sillon, depuis longtemps signalé, sépare la collection du col utérin ; il en peut exister un autre qui la sépare du rectum et, dans ce cas, l'extrémité inférieure de la tumeur bombe dans le vagin, semblable à la petite extrémité d'un ovoïde. C'est, en somme, la forme que prend un moulage de plâtre coulé dans le cul-de-sac de Douglas. Cette descente dans la cloison recto-vaginale et cette forme spéciale appartiennent, quand elles sont très nettement marquées, aux péritonites enkystées plutôt

qu'aux dilatations salpingiennes. La consistance de la tumeur est très variable; dépressible fluctuante, uniforme, elle ne laisse aucun doute sur son contenu liquide et répond plutôt à de la sérosité (sérosité d'une pelvi-péritonite ou hydro-salpinx), elle indique encore que la paroi n'est pas trop épaissie. D'autres fois le doigt se heurtera à une paroi d'une résistance ligneuse et l'on peut croire rencontrer un fibrome. Ce diagnostic se pose, en effet, fréquemment dans la pratique. M. Laroyenne dit, en pareil cas que, si l'on veut inférer quelque chose de la dureté extrême de la tumeur, il faut la considérer comme caractérisant une collection plutôt qu'un fibrome. Elle constitue d'autre part une présomption en faveur d'un contenu purulent (1). La douleur à la pression en est une autre; l'adhérence à la muqueuse vaginale et la fistulisation sont des symptômes tardifs et relativement rares.

L'épaisseur des parties molles qui sépare la main du pôle supérieur de la collection en rend la perception souvent obscure et, il est difficile de reconnaître sa consistance. Rares sont les cas où on obtient nettement par l'investigation combinée, une fluctuation bi-manuelle. On peut, tout au moins, reconnaître ainsi le volume de la tumeur et la situation de sa partie supérieure. Un volume très considérable plaide en lui-même pour une collection péritonéale enkystée plus que pour une salpingite kystique. Quand à la

(1) PR LAROYENNE, — De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, sérente ou hématique (*Lyon Médical*, 1886).

situation de la partie supérieure, elle peut être médiane et, alors, on penchera encore pour une pelvi-péritonite. Si elle s'étend d'un côté de l'utérus on ne peut en tirer aucun renseignement. En effet, c'est aussi bien le propre d'une salpingite que d'une pelvi-péritonite d'origine annexielle. Dans les observations de la thèse de Bonnet (1) on voit fréquemment ces pelvi-péritonites avoir un développement supérieur à direction latérale.

Ainsi le palper, dans cette exploration, donne bien moins de résultats que le doigt vaginal et il faut, sur les seuls indices que fournit ce dernier, pouvoir reconnaître une collection et entreprendre une opération. En effet, la paroi abdominale adipeuse ou contractée, ou l'exiguité de la collection peuvent s'opposer à ce qu'elle soit sentie par en haut ; d'autre part, la présence du pus est surtout reconnue dans la partie vaginale de l'examen. Il serait pourtant intéressant, en cas de pelvi-péritonite, de savoir l'épaisseur de la limite supérieure de la collection. C'est elle dont la rupture est surtout à redouter. Il existe un certain rapport entre la résistance de cette limite supérieure et celle de la limite inférieure, mais, M. Laroyenne l'a montré, dans les pelvi-péritonites enkystées, le plafond est toujours plus mince que le plancher, et on ne peut, par conséquent, se fier complètement à la dureté du segment vaginal de la tumeur.

(1) Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur traitement par la voie vaginale (Thèse de Lyon, 1894).

Les signes généraux et l'évolution de la maladie permettent parfois de faire, entre une collection salpingienne et une collection péritonéale un diagnostic que la seule exploration n'a pas suffi à trancher.

Même lorsque le contenu de la trompe est purulent, les phénomènes aigus sont rares, la marche de l'affection est progressive. Ce sont des collections intra-tubaires, ces collections latentes que ne révèlent ni la fièvre, ni la douleur, qui permettent aux malades de vaquer à leurs occupations avec un peu de gêne seulement. Les pelvi-péritonites de l'espace de Douglas au contraire, sont plus ordinairement douloureuses et fébriles. Lorsque un enkystement parfait s'accompagne, au moment même où on l'examine, de phénomènes généraux peu marqués, il est cependant souvent possible de lui retrouver un début plus ou moins aigu qui correspond à la formation de la collection péritonéale. Si on assiste à ce début, on voit alors la succession des symptômes se faire de la façon suivante. Une malade vient consulter pour une annexite plus ou moins volumineuse et d'un siège peu élevé ; plus tard, longtemps après quelquefois, se déclare brusquement, à l'occasion d'une fatigue quelconque, une péritonite avec vomissements, ballonnement du ventre, etc. Le toucher, à ce moment, n'apprend plus rien. Progressivement, le calme revient, les vomissements cessent, le ventre est plus souple, la température persiste, mais moins élevée, la douleur est supportable au lit. L'examen vaginal montre alors qu'à la tumeur annexielle de médiocre volume autrefois

sentie, s'est substituée une collection véritable. Dans ce cas, la trompe purulente s'est vidée dans le péritoine et a provoqué d'abord une réaction péritonéale plus ou moins généralisée, puis une collection péritonéale localisée. Si, au contraire, le petit pyosalpinx, autrefois senti, passe à l'état de collection occupant tout le Douglas, sans accompagnement de symptômes aigus, on devra plutôt penser à un simple accroissement de volume, tout se passant dans l'intérieur de la trompe.

La colpotomie postérieure, pratiquée dans les collections du Douglas, conduit dans une poche limitée dont le doigt explorateur ne devra pas sortir ; à cette condition on est sûr de ne jamais voir d'anses intestinales dans le champ opératoire. Nous avons esquissé les signes différentiels entre une collection intratubaire et une pelvi-péritonite d'origine annexielle avant l'ouverture de la poche ; il faut reconnaître qu'ils ne sont pas toujours assez nets pour permettre une certitude, aussi doit-on toujours les compléter par l'examen de la cavité et du liquide qu'elle contient. Bien que sortant un peu de notre cadre, nous croyons devoir rappeler ici le résultat de ce toucher direct du Douglas au cours de l'intervention. S'il s'échappe un liquide franchement purulent, si on rencontre une cavité lisse ou vallonnée par des bourrelets muqueux, c'est un pyosalpinx qu'on vient d'inciser et on doit se contenter de cette unique incision. Si, au contraire, le liquide est séreux ou séro-purulent, si la cavité est traversée par des cloisonnements fibrillaires, on devra faire une recherche prudente des annexes. Parfois on

ne les rencontrera pas ; il existe des pelvi-péritonites d'origine génitale où les altérations annexielles sont minimales ou nulles (1), où la trompe et l'ovaire sont en dehors de la collection. Souvent on trouvera les annexes soit sous forme d'une nouvelle poche à contenu muco-purulent, soit sous forme de simples saillies de la paroi, comme diminuées de volume et aplaties par la tension de la collection au sein de laquelle elles sont enkystées (2).

Une remarque peut faire prévoir que cette recherche sera fructueuse : on a constaté que la pression digitale exercée sur la collection était extrêmement douloureuse, comme si l'on pressait sur une région suppurée ; l'incision, cependant, ne donne issue qu'à de la sérosité, on peut alors soupçonner que le pus révélé par sa douleur exquise avant l'opération est contenu dans une seconde poche enfermée dans la première.

5^o Indurations du cul-de-sac de Douglas. —

Nous ne voulons pas parler ici de ces indurations limitées et sensibles qu'on observe quelquefois autour des cicatrices de colpotomies et qui disparaissent à la longue. On rencontre assez souvent, en dehors de cette étiologie opératoire, des indurations plus épaisses et plus profondes qui ne bombent pas dans le vagin et qui ne correspondent pas à une tuméfac-

(1) RECLUS. — *Semaine Médicale*, 1891.

(2) P^r LAROYENNE. — *Annales de Gynécologie*, 1893.

tion sensible par la pression hypogastrique, comme dans les collections dont nous venons de parler. Ces indurations occupent toute, ou presque toute l'étendue transversale du Douglas, mais leur consistance n'est pas uniforme. En somme, il s'agit là d'une tuméfaction obscure qui n'est ni la collection comme nous l'avons entendue, ni l'annexite fixée au fond du Douglas. Une vive et persistante douleur incite-t-elle à les débrider ? Du pus ou de la sérosité est évacué. Si on explore la poche, on sent qu'elle est de petites dimensions, le plus souvent on ne peut dire si elle est annexielle ou péri-annexielle ; dans d'autres circonstances, on sent la trompe très adhérente et indécollable.

Au point de vue opératoire, cette forme nous paraît caractérisée par la difficulté de faire une exploration de la lésion après incision vaginale. C'est à cette incision que l'on est contraint alors de se borner sans pouvoir essayer une libération méthodique des annexes et, par conséquent, leur ablation complète. Les résultats peuvent, d'ailleurs, être satisfaisants, après ce simple débridement, soit qu'on ait atteint la trompe elle-même, soit qu'on ait vidé un foyer très limité de pelvi-péritonite qui ne récidive pas.

6^o Tuberculose péritonéale et annexielle. —

La tuberculose peut causer la plupart de ces formes d'annexites ; elle imprime aux signes physiques peu de caractères différentiels et, comme le disent Labadie-Lagrave et Legueu, c'est bien plutôt à l'évolution de la maladie et à l'état général qu'on devra

s'adresser pour les reconnaître. Hégar (1) (cité par Mlle Gorovitz) a cependant noté la présence de nodules fibreux, du volume d'un pois ou d'une noisette, qui auraient suffi à faire poser le diagnostic d'annexite et de péri-annexite tuberculeuse. Mais, souvent, on est exposé à intervenir, croyant à une lésion non spécifique. M. Auguste Pollosson insiste sur ce que l'ouverture des collections tuberculeuses par le débridement vaginal est alors insuffisante. L'échec de cette méthode dans des suppurations qui, si elles étaient dûes aux infections génitales banales, guériraient ou s'amélioreraient, doit faire songer à la tuberculose et permet un diagnostic rétrospectif.

L'examen du cul-de-sac de Douglas fournit aussi des renseignements dans certains cas de tuberculose plus généralisée du péritoine. Lorsqu'il s'agit, en particulier, d'une péritonite tuberculeuse cloisonnée, avec une zone de matité et de sonorité paradoxale qui les fait si facilement confondre avec les kystes de l'ovaire, le toucher peut sentir en arrière de l'utérus immobilisé, des masses annexielles dures et volumineuses. Elles apprennent du même coup que la tuméfaction abdominale n'est pas due à un kyste de l'ovaire et que cette péritonite tuberculeuse est probablement d'origine annexielle (2).

Il faut remarquer, à ce sujet, que l'on donne classi-

(1) Tuberculose génitale chez la femme (*Revue de Chirurgie*, 10 août 1901).

(2) BOUILLY. — *Semaine Gynécologique*, décembre 1896.

quement, depuis Scanzoni, pour signe différentiel de l'ascite et des kystes de l'ovaire, la mobilité exagérée de l'utérus dans l'ascite. Cela n'est pas, cliniquement très exact. On peut dire, en effet, qu'il est bien plus important, pour diagnostiquer une ascite, de reconnaître la fixité de l'utérus que sa mobilité. En effet, l'utérus est mobile à l'excès dans les ascites non enkystées, mais ces ascites se reconnaissent aisément par la percussion (sonorité sur la ligne médiane, matité dans les flancs), il ne vient pas à l'idée de les confondre avec un kyste. Au contraire, les ascites tuberculeuses enkystées donnent parfois, à la percussion, de la matité dans les régions hypogastrique et ombilicale et de la sonorité dans les flancs. Ce sont ces cas-là qui prêtent à confusion, pour lesquels on appelle à l'aide les renseignements du toucher. Or, comme nous l'avons dit, l'utérus est alors ordinairement immobilisé par des adhérences de pelvi-péritonite tuberculeuse et c'est sa fixité qui devient un moyen de distinguer l'ascite enkystée d'une tumeur ovarienne.

7° *Inflammation chronique du Douglas et des ligaments utéro-sacrés d'origine génitale.*

— Les ligaments utéro-sacrés normaux ne se sentent bien, par l'exploration rectale ou vaginale, que lorsqu'on les tend en tirant en bas le col utérin. Quand ils sont perçus, sans cet artifice, par le doigt simplement promené dans le cul-de-sac vaginal postérieur, ils sont anormalement indurés, épaissis et douloureux. Ces altérations atteignent un seul

ligament ou, plus souvent, les intéressent tous deux. Leur rétraction tire le col en arrière et en haut, consécutivement le corps utérin s'infléchit en avant. Ce sont là, les lésions que Schultze (1) a individualisées sous le nom de paramétrite postérieure. M. Condamin (2) a insisté sur ce que cette induration des ligaments utéro-sacrés s'accompagnait souvent de brides intra-péritonéales très douloureuses, facilement perceptibles dans le fond du Douglas lorsqu'on les met en tension en attirant le col utérin en avant. Il a réuni plusieurs observations où les altérations de la sphère génitale se limitaient ainsi au péritoine du Douglas et au tissu cellulaire sous-jacent, les annexes restant indemnes et, il propose, pour ces faits, la dénomination de Douglassite essentielle. Nous verrons plus loin comment Freund interprète des symptômes analogues en leur attribuant une origine intestinale. La question est, ici, la même que pour les rétroversions utérines adhérentes et pour les collections séreuses du petit bassin. Il paraît prouvé qu'un certain nombre de ces adhérences et de ces collections, tout en relevant d'une infection générale, coïncident avec des annexes demeurées saines, soit que l'infection ait suivie la voie lymphatique, soit qu'elle n'ait pas laissé trace de son passage au niveau des trompes. Ces observations sont peu nombreuses en comparaison de celles où la lésion péritonéale avait pour point de départ une salpingo-

(1) Les déviations utérines. Traduction Herrgott.

(2) De la Douglassite (*Lyon Médical*, 1896).

ovarite que rien ne révélait à l'examen. Cliniquement, on est donc autorisé à rester dans le doute. Au reste, cette discussion a surtout un intérêt théorique. En effet, si les annexes malades sont le point de départ ordinaire des adhérences du Douglas, elles peuvent ne plus présenter que des lésions guéries; les fausses membranes péritonéales qui ont pullulé autour d'elles représentent alors des cicatrisations vicieuses. En favorisant leur disparition par des méthodes de douceur: massage, tamponnement, etc., ou, dans les cas rebelles et lorsque toute poussée aiguë fébrile aura disparu depuis longtemps, en les détruisant directement par la voie haute ou basse, on peut obtenir la guérison, sans toucher aux annexes autrement que pour les libérer.

La perception directe de ces néo-membranes par le toucher n'est pas toujours possible. Tantôt elles sont trop hautes ou trop délicates, tantôt la soudure de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du Douglas est complète et on ne peut insinuer le doigt entre ses deux feuillets. L'immobilité de l'utérus, reconnue en dehors de tout état aigu, permet de présumer de ces adhérences; sa position est aussi modifiée. Toutes les situations anormales peuvent être observées suivant le siège et la direction des adhérences. Ce que nous avons dit des rétrodéviations fixes et des antéflexions par rétraction des ligaments utéro-sacrés nous permet de ne pas insister sur ce point, et nous ne faisons que signaler la rétroposition de tout l'utérus qui vient se plaquer contre le rectum lorsque la symphyse du Douglas

tend à être complète et intéresse aussi bien l'étage supérieur que le fond.

Les douleurs pelviennes exagérées par les règles, par les fatigues de toute espèce n'offrent rien de spécial à ces pelvi-péritonites chroniques. La constipation opiniâtre, pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale vraie, est plus intéressante. Hartmann (1), Gersuny (2) en ont rapporté des exemples. Les symptômes d'occlusion dominent alors la scène, la pelvi-péritonite chronique passe inaperçue; la reconnaître par l'interrogatoire et le toucher, c'est souvent savoir où est l'obstacle et où on devra guider l'intervention après laparotomie.

III. — Pelvi-péritonites du Douglas d'origine intestinale.

Les pelvi-péritonites de cette origine présentent des caractères très semblables à celles qui ont une origine annexielle. Elles revêtent la forme de collection et s'accompagnent de symptômes aigus, ou celle d'adhérences et s'accompagnent de symptômes chroniques. C'est par l'étude de ces dernières que nous commencerons, pour ne pas les trop séparer des adhérences à point de départ génital que nous venons d'étudier.

(1) Les rétrécissements périrectaux chez la femme (*Annales de Gyn.*, 1894).

(2) Peritoneale adhäsionen und ihre Beziehungen zu den Weiblichen genitalien (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1899).

1^o Adhérences du cul-de-sac de Douglas dues à des lésions du rectum. — C'est surtout

Freund (1) qui a insisté sur cette variété rare, en la rattachant à ses idées générales sur l'infantilisme, et c'est son travail que nous allons résumer ici. Un développement imparfait du rectum favorise, chez l'adulte, la stase stercorale et prédispose ce conduit à des ulcérations qui, d'abord limitées à la muqueuse, infectent de proche en proche les parties profondes, le tissu cellulaire para-rectal puis le péritoine du cul-de-sac de Douglas lui-même. Freund a observé ainsi des douglassistes chez des jeunes filles non déflorées. La présence d'autres stigmates d'infantilisme et le début de l'affection pourraient aider à poser ce diagnostic exceptionnel. La constipation a été au commencement de ces troubles; si on a pratiqué l'examen rectal à diverses périodes, on se rend compte que l'inflammation envahit d'abord le tissu cellulaire induré et adhérent à la muqueuse rectale, puis le fond du Douglas, puis l'atrium, alors que, dans les pelvi-péritonites banales, la marche des lésions se fait généralement en sens inverse, partant de l'atrium, où sont les trompes, pour n'envahir qu'ensuite le fond du Douglas.

Quand des brides étreignent ou coudent l'S iliaque ou le rectum, les symptômes graves qui apparaissent sont difficilement rapportés à leur vraie cause; une pelvi-péritonite simplement inflammatoire n'est guère admise si la virginité de la malade ne permet pas d'en

(1) Beitrage zur Gyn., 1899, *loco citato*.

trouver le point de départ dans l'appareil utéro-ovarien. On pense à la tuberculose ou au cancer qu'une prompte amélioration tarde parfois quelque temps à démentir.

2^o Collections du Douglas d'origine intestinale. — L'appendicite ne détermine guère de manifestations dans le fond du Douglas que lorsqu'elle donne lieu à une vraie collection pelvienne. Les empâtements diffus, mais non suppurés, les adhérences sèches dont s'entourne l'organe malade ne descendent pas ordinairement au-dessous des ligaments utéro-sacrés, même dans le cas d'appendicite pelvienne. La découverte de la cause de cette collection ne peut pas être faite, le plus souvent, par les signes physiques seuls. Cette collection présente, en effet, tous les caractères des pelvi-péritonites suppurées dues aux salpingo-ovarites. Dormoy (1) rappelle qu'elle n'est souvent pas uniquement pelvienne, mais s'étend dans la fosse iliaque droite.

Nous n'avons pas à répéter ici le diagnostic classique entre les salpingo-ovarites et l'appendicite, et qui se pose aussi bien lorsque l'abcès salpingien est haut que lorsque l'abcès appendiculaire est bas. Parfois, les antécédents et les signes ordinaires de l'appendicite, la localisation de la douleur, au début assez élevée, dans la fosse iliaque droite ne laissent aucun doute sur la nature du mal. Dans bien des cas elle reste indécise. Il s'agit alors souvent de malades qui ont passé la période aiguë dont la suppuration

(1) Thèse de Lyon, 1897.

dans le Douglas a marqué le dernier terme. La fièvre est peu élevée, la douleur est surtout pelvienne. Le début de l'affection, auquel on n'a pas assisté, est difficile à reconstituer; les malades se souviennent seulement de douleurs très vives, irradiées dans tout le ventre. Or, ces anamnétiques sont les mêmes que ceux qui accompagnent la formation d'une pelvi-péritonite par filtration du contenu d'un pyo-salpinx dans le péritoine. L'incision vaginale, qui est ici bien indiquée comme opération de drainage, ne donne pas toujours des renseignements suffisants pour lever ces hésitations. L'appendice, en effet, peut être senti flottant ou accolé aux parois de la cavité qu'on vient de vider, mais, souvent, il ne s'y trouve pas ou n'est pas rencontré. La fétidité extrême du pus est un signe insuffisant. L'issue de débris gangrénés, que nous avons observée une fois, fit incliner vers le diagnostic rétrospectif d'appendicite. Il faut encore noter les parois ordinairement peu épaisses de la collection, l'enkystement peu complet qui commande une exploration prudente.

Des affections intestinales autres que l'appendicite peuvent exceptionnellement donner lieu à des collections de la cavité de Douglas. Nous en avons présenté l'exemple suivant (1) : Une malade était entrée dans le service de M. Auguste Pollosson, pour des accidents aigus et fébriles de pelvi-péritonite, la paroi vaginale postérieure bombait sous la poussée d'une

(1) *Société des Sciences médicales de Lyon*, 16 janvier 1901.

tuméfaction dont l'incision vaginale fit sortir un demi-litre environ de pus fétide. Elle accusait quelques troubles digestifs d'assez ancienne date, mais insuffisamment caractérisés pour écarter l'idée d'une salpingite. La cachexie ne fit qu'augmenter après cette intervention et la malade succomba, en dépit d'une laparotomie faite quelque temps après qui conduisit sur des anses intestinales agglutinées de façon inextricable. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une perforation spontanée de l'intestin grêle au niveau d'un point où ce conduit était extrêmement dilaté. Cette dilatation était due à une double sténose tuberculeuse très serrée, située en aval. Mayo (cité par notre ami Patel (1) a rapporté un cas semblable où une tuberculose de l'intestin grêle se traduisait par une pelvi-péritonite.

(1) Rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle (Thèse de Lyon, 1901).

CHAPITRE III

Hémorrhagies. — Hémato-salpinx. — Hématocèles dues à la grossesse extra-utérine.

Le sang qui tombe dans le cul-de-sac de Douglas, au cours d'une hémorrhagie abdominale n'y est guère plus senti que la sérosité de l'ascite ou le pus des péritonites diffuses. Quelquefois, cependant, alors même qu'aucun enkystement n'a eu le temps de se produire, on trouve un empâtement vague qui est noté dans plusieurs observations d'inondation péritonéale par rupture d'une trompe gravide. Mais il existe toujours une disproportion frappante entre l'abondance du sang non enkysté que renferme le Douglas et l'obscurité des signes fournis par le toucher à son niveau. On ne peut donc attendre de renseignements bien utiles de l'examen du cul-de-sac postérieur pour s'assurer de la production d'une hémorrhagie intra-abdominale, après une intervention, lorsqu'on se demande si cette complication est en cause et si une laparotomie secondaire a lieu d'être

pratiquée. Mais, quelques jours plus tard, un suintement sanguin enkysté dans le Douglas y est facilement senti, et on trouve dans sa présence, l'explication de douleurs et même d'une élévation thermique qui compliquaient les suites d'une opération abdominale.

Hémato-salpinx. — Les hémato-salpinx, le plus souvent dus à des grossesses tubaires non rompues, peuvent tomber dans le cul-de-sac recto-utérin. Ils présentent les mêmes signes physiques que les annexites fixes et déformées avec lesquelles ils sont le plus souvent confondus. Dans les mailles des adhérences qui unissent la trompe gravide au péritoine on trouve souvent du sang épanché. Il est en trop petite quantité pour mériter à cet épanchement la désignation d'hématocèle. Lejars (1) le dénomme heureusement hématome péritubaire. Il provient évidemment de la trompe qui peut être rompue ou ne pas l'être, suivant que de petites hémorrhagies ont succédé à sa rupture ou se sont écoulées par son orifice abdominal. Nous rappellerons, à ce propos, l'observation d'une malade de la clinique gynécologique de la Charité, dont l'hémato-salpinx ne siégeait pas, à vrai dire, dans le fond du Douglas, mais un peu plus haut et plus latéralement du côté droit. On pensait à une salpingite, avec crises douloureuses paroxysmiques intermittentes, les antécédents gravidiques étaient impossibles à démêler nettement et on l'aborda par le cul-de-sac vaginal postérieur dont la

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1902.

tuméfaction ne paraissait pas très distante. On atteignit, en effet, et on vida sans peine l'hématome péri-tubaire, mais il fut plus malaisé de pratiquer la salpingectomie, car la trompe était elle-même fort élevée et c'était au sang épanché autour d'elle qu'elle devait son apparente proximité de la paroi vaginale. On trouva dans son intérieur une masse placentaire. Cette observation, outre les particularités qu'elle présente au point de vue des obstacles opératoires, est un type de la confusion souvent faite avec une salpingite.

Hématocèles. — L'accident le plus fréquent de la grossesse ectopique : l'hématocèle rétro-utérine, évolue dans le cul-de-sac de Douglas. L'hémorragie issue de la trompe gravide, après sa rupture, ou écoulée par son pavillon et provenant du décollement abortif du placenta (1), s'enkyste dans le cul-de-sac postérieur et s'y révèle au toucher par des signes physiques absolument semblables à ceux que nous avons décrits à propos des collections inflammatoires séreuses ou purulentes. Le toucher est, cependant, souvent moins douloureux que lorsqu'il s'agit d'une lésion inflammatoire. Ceci est surtout frappant lorsque la production de la tumeur et les accidents aigus qui lui ont donné naissance datent de peu de temps. Si la collection péritonéale est séro-purulente, on ne peut la presser avec le doigt sans provoquer une

(1) MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide (*Revue de Gynécologie et de Chir. abdom.*, n° 2).

douleur plus ou moins vive; si, au contraire, elle est hématique, l'indolence est parfois relative. Dans des circonstances exceptionnelles on peut affirmer le diagnostic par la constatation de parties embryonnaires plus ou moins dures. Cette recherche devra être faite surtout par le rectum. Non seulement on peut, par cette voie, atteindre quelquefois plus haut que par le toucher vaginal, mais c'est le moyen le plus commode d'explorer la partie de la collection qui s'est insinuée dans la cloison recto-vaginale. La malade, couchée sur le dos, dans la position gynécologique ordinaire, l'index, introduit dans le vagin, regarde la cloison recto-vaginale par sa face dorsale et apprécie mal, par conséquent, par le rectum au contraire, c'est la pulpe du doigt qui palpe cette même région.

Nous rappelons les termes essentiels du diagnostic de l'hématocèle (1). Tumeur rétro-utérine accompagnée de métrorrhagies, quelquefois de signes de gravidité, tels que : gonflement des seins, malaises digestifs ou nerveux, etc., précédés de l'absence d'une ou plusieurs règles, de phénomènes péritonéaux plus ou moins aigus : douleurs subites, nausées ou vomissements coïncidant avec des signes d'hémorrhagie interne : syncope ou seulement défaillances. Les erreurs qui reposent sur la méconnaissance de la tumeur ou de son siège rétro-utérin ne nous occupent pas : ainsi la confusion avec un

(1) Voir les classiques et PONCET, Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

avortement utérin ou avec un kyste à pédicule tordu dont le siège est ordinairement plus abdominal que pelvien. La tumeur du cul-de-sac postérieur est donc supposée reconnue. Si les signes de grossesse sont évidents, en même temps que les métrorrhagies, on peut croire à une rétrodéviatiou de l'utérus gravide avec menace d'avortement et mettre les accidents aigus sur le compte de la production subite du déplacement. C'est ainsi que R. Barnes appliqua un pessaire sur une hématoçèle, croyant réduire une rétroflexion.

Si les signes de grossesse, de péritonite, d'hémorrhagie interne passent inaperçus et qu'il ne reste, comme constatations positives, que les métrorrhagies et la tumeur, on peut croire à un fibrome de la face postérieure de l'utérus. Le fibrome est souvent bosselé, il est plus dur qu'une hématoçèle récente à parois molles, et plus élastique qu'une hématoçèle ancienne à coque ferme.

Si les signes de grossesse manquent, si les métrorrhagies ont été méconnues, la confusion se fait couramment avec une collection séreuse ou purulente d'origine annexielle. Lorsqu'on retrouve, dans les antécédents, le début dramatique de l'hématoçèle, ce seul caractère devrait pourtant, semble-t-il, la caractériser. Il n'en est pas toujours ainsi. « La soudaineté d'accidents péritonéaux graves, coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne, n'est pourtant pas l'indice certain d'une hématoçèle, car une collection séro-purulente, subite et abondante, succédant à la rupture d'une poche tubaire, déter-

mine les mêmes accidents, moins ceux de l'anémie par hémorrhagie interne ». M. Laroyenne (1) insistait ainsi sur cette confusion qu'il avait plusieurs fois observée. Krien (2) analyse, sous l'inspiration de Campenon, quatre observations de cette nature. La tendance à la syncope est évidemment la manifestation de l'hémorrhagie interne propre à l'hématocèle qu'il faut, dans l'interrogatoire, savoir isoler des symptômes de péritonite communs à l'hématocèle et à la salpingite purulente. La température, qui peut s'élever, le deuxième ou le troisième jour, dans l'hématocèle, même non suppurée, s'abaisse ensuite rapidement (3), tandis qu'elle persiste plus longtemps dans la pelvi-péritonite. Un passé génital vierge de tout accident plaide nettement en faveur de l'hématocèle, mais, s'il est chargé, ce n'est qu'une présomption en faveur de la salpingite. Des lésions annexielles sont, en effet, un obstacle à la conception, mais, si elle a cependant lieu, elles favorisent, au moins de l'avis de beaucoup de gynécologistes, la localisation ectopique de la grossesse (4).

(1) Congrès de Genève, 1896.

(2) De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle (Thèse de Paris, 1898).

(3) TUFFIER et LÉVY, cités par Thévenard (Thèse de Paris, 1896).

(4) ^{Pr} LAROYENNE. — Congrès de gynécologie de Marseille, 1897.

CHAPITRE IV

TUMEURS

I. Tumeurs à contenu liquide ou semi-liquide. — Kystes.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques du péritoine ont un siège de prédilection dans le Douglas. Tumeurs fluctuantes dont l'évolution passe assez souvent inaperçue jusqu'à ce qu'une grossesse vienne les mettre en évidence⁽¹⁾, comme causes de dystocie, ou qui donnent lieu, au contraire, à des crises douloureuses sans caractère spécial, ils ont été fréquemment confondus avec des kystes ovariens. Ils paraissent bien difficiles à reconnaître, en effet, puisque le signe pathognomonique des kystes hydatiques, le frémissement, n'a jamais été noté dans cette localisation⁽²⁾.

(1) BAR et DAMBRIN. — *Société d'Obstétrique de Paris*, 4 juillet 1901.

(2) DERMIGNY. — Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme (Thèse de Paris, 1894).

Cependant, si la malade a subi antérieurement une intervention pour un kyste hydatique de la cavité abdominale et que, plus tard, une tumeur liquide se développe dans le cul-de-sac de Douglas, on peut en soupçonner la nature. Nous en citerons pour exemple une observation où M. Goullioud (1), ayant réséqué le grand épiploon farci de kystes hydatiques, vit, deux ans après, une récédive au niveau du Douglas qui nécessita une nouvelle opération.

Kystes de l'ovaire. — Les gros kystes de l'ovaire à développement abdominal ne plongent pas toujours dans le Douglas; même alors ils peuvent le remplir indirectement en y faisant basculer l'utérus. Cette rétrodéviatiôn, assez fréquente, aide pourtant peu au diagnostic. On la retrouve également dans certaines péritonites tuberculeuses enkystées. Nous avons insisté plus haut sur le diagnostic de ces deux affections, nous allons simplement citer un exemple banal où la confusion était particulièrement facile et que le toucher ne faisait pas éviter. Une femme de plus de 40 ans entre à la Clinique gynécologique de la Charité, pour une augmentation de volume du ventre survenue progressivement, sans aucun symptôme douloureux et avec une parfaite conservation de la santé générale. L'abdomen est sonore dans les flancs, mat à la région hypogastrique et ombilicale. Le tou-

(1) Kystes hydatiques des épiploons. Résection du grand épiploon et opérations complémentaires (Congrès français de Chirurgie, 1894).

cher vaginal trouve une rétroflexion de l'utérus très fixe que l'on met sur le compte de la compression exercée d'avant en arrière et de haut en bas par un kyste de l'ovaire. Cependant la laparotomie montra qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse enkystée; la rétroflexion ne se mobilisa pas après évacuation du liquide : elle était sous la dépendance d'adhérences pelviennes. Mais le volume de la tuméfaction abdominale avait permis de mettre sa fixité sur le compte d'un kyste de l'ovaire.

Lorsque le kyste plonge dans le Douglas, on peut, en examinant cette partie inférieure, obtenir quelques renseignements sur sa variété, sans même parler des kystes dermoïdes que nous examinerons ensuite. Tout d'abord c'est une présomption pour que le kyste soit ovarien et non parovarien; dans ce dernier cas il ne serait pas senti dans le cul-de-sac postérieur, mais plutôt à la base du ligament large, dans le cul-de-sac latéral. Si son contenu est fluide, on trouve de la fluctuation qui se transmet de la main abdominale au doigt vaginal; inversement, des masses gélatineuses épaisses arrêtent la propagation de la fluctuation. Quand le kyste s'est rompu, le toucher du cul-de-sac postérieur vient ajouter aux signes ordinaires de la rupture la perception non plus d'une saillie lisse, mais d'une surface irrégulière et villeuse. La dégénérescence maligne du kyste fait aussi reconnaître souvent en cette région de petites indurations ou des noyaux verruqueux (1). Les résultats du

(1) A. MARTIN. — *Maladies des femmes.*

toucher sont assez semblables, dans ces deux circonstances, pour permettre l'hésitation et nous nous rappelons une malade chez laquelle ce doute ne fut levé que par l'opération. Il s'agissait d'une rupture.

Les petits kystes mucoïdes de l'ovaire, alors qu'ils ne sont que pelviens et quand ils tombent dans le cul-de-sac recto-vagino-utérin, sont sentis comme des tumeurs arrondies, lisses, fluctuantes, indolores et mobiles. Ces caractères les rapprochent des hydrosalpinx du Douglas. Ceux-ci sont, cependant, plus allongés et, s'ils jouissent de la mobilité dans le sens vertical, ils se déplacent peu transversalement. Les kystes, au contraire, grâce à leur pédicule, se mobilisent facilement d'un côté à l'autre, sans entraîner l'utérus. Rarement des adhérences les fixent dans cette région, leur torsion n'y est pas aussi fréquente que lorsqu'ils ont un siège plus élevé et, en grossissant, ils remontent le plus souvent dans l'abdomen et échappent à l'enclavement dans la courbure sacrée.

Les kystes dermoïdes forment une classe importante des petits kystes pelviens. Ils ont, en effet, peu de tendance à prendre un grand développement et le Douglas suffit à les loger. Enfin, leur contenu est fréquemment demi-solide et ils sont, en raison de ce fait, plus exposés à s'enclaver. Quelques particularités permettent de les distinguer des kystes mucoïdes. Lesourd (1) a signalé, d'après Tillaux, comme une triade symptomatique propre à faire deviner ces kystes en général : la lenteur de leur évolution, leur

(1) Thèse de Paris, 1894.

petit volume et la douleur spontanée indiquée déjà par Lawson-Tait et le professeur Laroyenne (1). Leur consistance aussi peut être spéciale, comparée à celle du suif fondu. Plus rarement on sent, par le toucher vaginal ou rectal, des parties dures qui semblent osseuses et le sont parfois réellement. Dans ce cas, un kyste de grossesse extra-utérine peut prêter à confusion; ces deux diagnostics avaient été posés chez une malade de la Charité porteuse d'une assez volumineuse tumeur pelvienne et abdominale. Par le toucher rectal on sentait deux os plats chevauchant l'un sur l'autre. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, avec fœtus assez bien conservé, datant de 12 ans.

La douleur spontanée est, nous l'avons dit, un bon caractère du kyste dermoïde, mais elle n'est pas constante. Leur évolution est parfois assez insidieuse pour qu'ils passent inaperçus jusqu'à ce qu'une grossesse vienne forcer l'attention. Elle peut le faire de deux façons dont nous trouvons des exemples nets dans le mémoire de Barnes sur les tumeurs rétro-utérines. Le kyste peut mettre un obstacle au travail et il peut suppurer à l'occasion de l'état puerpéral. Dans ce second cas, il change complètement d'aspect clinique et apparaît comme une collection le plus souvent impossible à distinguer d'un pyo-salpinx ou d'une pelvi-péritonite. Nous n'avons pas parlé tout à l'heure des hématocèles suppurées, car leur traite-

(1) Observations recueillies pendant le semestre d'été 1879
(LARRIVÉ. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, 1880).

ment est le même que celui d'une collection péritonéale suppurée quelconque du Douglas, et il n'importe pas au point de vue pratique que l'on sache l'étiologie exacte de la suppuration. Pour les kystes dermoïdes suppurés, la question a un tout autre intérêt. On ne peut pas se contenter de les inciser par le vagin et de les drainer, la suppuration ne se tarira pas et il persistera parfois, comme j'en sais une observation, une fistule indéfinie. Heureusement, le diagnostic peut être fait, le plus souvent, après incision de la tumeur, par la constatation de dents ou de poils qu'elle renferme. Exceptionnellement, une fistule spontanée, établie avant l'intervention, donnera issue à ces produits caractéristique. Dans tous les cas l'ablation ou la destruction chirurgicale de la poche s'impose.

II. *Tumeurs solides.* — *Fibromyomes utérins.* — Les fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux volumineux de l'utérus, qui se développent en arrière de la cavité utérine comblent peu à peu le Douglas et s'enclavent dans le bassin. Si la tumeur a, en même temps, un développement abdominal prononcé, elle ne nous intéresse pas directement et nous ne voulons pas faire entre elle et certains kystes de l'ovaire un diagnostic différentiel qui peut se poser en pareille circonstance, mais qui appelle l'analyse de trop de symptômes étrangers à la sémiologie du cul-de-sac recto-vaginal. Lorsque le fibrome est tout entier contenu dans la cavité de Douglas, on peut le confondre avec toutes les collections liquides de cette région et, en particulier, avec

les hématoécèles, les pelvi-péritonites purulentes à coque épaisse. Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit, à propos du diagnostic de ces affections, sur la dureté comparative de ces tumeurs, nous ne parlerons pas non plus de l'hystérométrie et des différences dans l'évolution. Il est un point seulement que nous voulons mettre en lumière à ce sujet : l'importance de la rétention vésicale, au point de vue du diagnostic, entre les tuméfactions du Douglas. Toutes, arrivées à un certain développement, peuvent lui donner naissance, mais non avec une égale fréquence. C'est ainsi que les tumeurs liquides : kystes, collections séreuses, purulentes ou hématiques, pyo-salpinx, etc., déterminent bien quelquefois une rétention d'urine complète, mais bien plus souvent elles ne donnent lieu qu'à de la dysurie, et on est étonné de voir qu'avec une collection très volumineuse, par exemple, qui refoule l'utérus en avant, les malades finissent, le plus généralement, par uriner sans cathétérisme après quelques efforts. Les fibromes, au contraire, avec les rétroversions de l'utérus gravide, sont les deux grands facteurs, siégeant dans le Douglas, de la rétention d'urine, comme ils sont, d'ailleurs, les deux tumeurs de la région les plus aptes à s'enclaver.

L'examen du cul-de-sac recto-vaginal rempli par un fibrome utérin est parfois anormalement douloureux; on doit songer alors à une salpingite dont la coexistence est fréquente, mais qu'il est rare de sentir comme une masse isolée de la tumeur principale. Les diminutions de volume apparentes de quelques

fibromes survenant très rapidement sont encore en faveur de cette coexistence et c'est, en pareil cas, la salpingite seule qui diminue.

Inversement, de petits fibromes de la face postérieure de l'utérus peuvent comprimer les trompes et déterminer une salpingite plus apparente que le fibrome lui-même. C'était le cas chez une malade de la Clinique gynécologique de la Charité dont le cul-de-sac postérieur était rempli par une masse volumineuse très sensible, non en relation avec l'utérus. La colpotomie conduisit dans sur annexite purulente en rapport avec un fibrome pédiculé, gros comme une mandarine, de la face postérieure de l'utérus. Annexe et fibrome furent enlevés sans peine par cette voie. Même si la salpingite n'eût pas existé, il est douteux que la longueur du pédicule ait permis de diagnostiquer le point d'attache de la tumeur et, par conséquent, sa nature.

Cancer de l'utérus. — Le cancer du col utérin envahit à la longue le Douglas comme tous les tissus environnants ; sa propagation de ce côté est parfois retardée par des adhérences entre l'épiploon et les anses grêles qui « comblent le cul-de-sac de Douglas, ferment quelquefois l'excavation et protègent la séreuse abdominale » (Labadie-Lagrave et Legueu). Mais l'origine de cette induration, due à l'envahissement direct du Douglas par le néoplasme, ou au travail de réaction qu'il détermine, est indiquée par le cancer du col. Il n'en est pas de même pour certains cancers de la face postérieure du corps utérin qui peuvent simuler une collection du Douglas. M. Laroyenne a

observé plusieurs faits de genre et M. Condamin en a rapporté deux au Congrès français de Chirurgie de 1894 (1). Le cul-de-sac péritonéal postérieur était rempli par une masse molle qui remontait au-dessus du pubis. Aucune perte sanguine n'accusait l'origine utérine de la tumeur, mais l'âge des malades (66 et 55 ans) les douleurs très vives, la cachexie rapide indiquaient sa nature maligne. L'examen histologique fait par MM. Bard et Paviot montra qu'il s'agissait d'une « tumeur maligne à fibres musculaires lisses et à caractère très embryonnaire. »

Cancer du rectum et du côlon iléo-pelvien. — Les propagations du cancer du rectum au Douglas sont facilement reconnues quand, par le toucher rectal, on trouve le point de départ de la néoplasie, mais là aussi, comme pour le cancer de l'utérus, il existe des tumeurs qui prêtent à confusion en ne se manifestant que du côté du cul-de-sac recto-utérin et non du côté de la cavité intestinale. Nous avons trouvé, à l'autopsie, un cancer de l'S iliaque prolabé entre le vagin, l'utérus et le rectum qui, pendant la vie, ne se révélait par aucun symptôme intestinal et bombait en arrière du col sous la forme d'une tumeur dure, lisse, indolore, remplissant tout le Douglas, non soudée au vagin, mais immobilisée par son volume.

Cancer des ovaires. — Les cancers des ovaires, au début, quand ils sont prolabés dans le Douglas, sont

(1) D'une forme particulière de cancer utérin (cancer diffus à cellules musculaires lisses du type embryonnaire).

sentis comme des masses latérales fixes et douloureuses, assez semblables aux annexites fixes et déformées que nous avons décrites. La bilatéralité est au moins aussi fréquente que dans les lésions purement inflammatoires. Mais, même à ce stade, la dégénérescence maligne n'est pas lisse comme une annexite ; on sent à la surface de l'ovaire papillomateux des végétations irrégulières. Très rapidement, un peu d'ascite apparaît, qu'on perçoit d'abord par le toucher vaginal. L'âge des malades (40 à 50 ans) n'est pas ordinairement celui des salpingites.

A mesure que la tumeur s'accroît, sa nature maligne semble s'affirmer. Même alors on ne saurait demander au diagnostic clinique une certitude que l'histologie, impuissante à classer les papillomes de l'ovaire, ne donne, d'ailleurs, pas toujours et le doute commande une intervention exploratrice.

Cancers d'autres organes greffés à distance dans le Douglas. — On rencontre assez fréquemment, aux autopsies, des cancers développés sur le péritoine de viscères abdominaux, souvent lointains, qui se sont propagés au Douglas. Virchow (1) les a signalés et explique leur genèse par la chute des débris néoplasiques dans le point le plus déclive de la cavité séreuse où ils se développent comme l'arbre ou le buisson, disait-il, qu'on rencontre sur le versant d'une montagne et qui tire son origine des graines tombées du sommet et arrêtées par quelque aspérité au niveau de laquelle ils ont pris racine.

(1) Pathologie des tumeurs.

Nos amis, les Drs Gallavardin et Charvet, préparateurs au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, nous ont montré récemment une pièce de cette nature : un cancer colloïde du péritoine périgastrique, propagé au grand épiploon, avait donné naissance à une plaque néoplasique du fond du Douglas, large comme la paume de la main. Il existait une ascite considérable ; on n'avait pas recherché pendant la vie cette localisation, mais il est bien possible qu'on eût pu sentir, par le toucher vaginal, la plaque indurée qui lui correspondait. Peut-être, cette constatation, que nous ne savons pas avoir été jamais faite pendant la vie, pourrait-elle aider, en certains cas, au diagnostic d'un cancer péritonéal plus ou moins latent ?

CONCLUSIONS

I. Le fond du cul-de-sac de Douglas, cavité normalement virtuelle, peut contenir des organes simplement déplacés : intestin, vessie, utérus, annexes. Plus souvent, les prolapsus sont associés à une inflammation qui se traduit surtout par la réaction locale du péritoine et la formation de néo-membranes fixatrices.

L'examen du cul-de-sac de Douglas fait ainsi connaître la plupart des causes qui rendent la rétro-déviatiou de l'utérus irréductible ou incoercible : enclavement du fond utérin sous les ligaments utéro-sacrés, adhérences directes non annexielles rares, adhérences indirectes annexielles fréquentes.

En utilisant les différences les plus faciles à apprécier au toucher, on peut reconnaître quatre degrés au prolapsus des annexes malades dans le Douglas, suivant qu'elles ont : 1^o conservé leur mobilité et leur forme ; 2^o perdu leur forme et conservé leur mobilité ; 3^o perdu leur forme et leur mobilité, ou, 4^o qu'un volumineux pyo-salpinx a comblé tout le Douglas.

II. La sérosité, le pus, le sang tombés dans le cul-de-sac recto-utérin n'y sont sentis nettement que lorsqu'ils s'y enkystent. Des épanchements abondants, mais non cloisonnés, peuvent ainsi passer inaperçus. Le toucher fait reconnaître la présence des collections péritonéales enkystées, mais il est souvent impuissant à indiquer leur nature séreuse, purulente ou hématique. A l'interrogatoire et à l'examen général de résoudre cette question, en reconnaissant à l'origine de la collection une inflammation annexielle ou intestinale ou une grossesse tubaire rompue.

III. Les tumeurs liquides ou solides qui envahissent le cul-de-sac recto-utérin ont leur point de départ sur l'utérus et ses annexes, sur le rectum et l'S iliaque, ou bien sont l'envahissement ou la greffe à distance d'une néoplasie péritonéale.

IV. La grosse difficulté du diagnostic anatomopathologique des lésions du Douglas est la pelvi-péritonite qui nivelle ou enkyste les organes altérés. La thérapeutique est plus simple que la séméio-

logie, concluait déjà Robert Barnes, en parlant des tumeurs rétro-utérines, et il est vrai que le dernier mot doit être souvent demandé à une intervention exploratrice qui peut, en voie d'exécution, devenir curative.

Vu :

Le Président de la Thèse,

FOCHIER.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 février 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

TABLE DES MATIÈRES

RAPPEL ANATOMIQUE — INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Déplacements.....	15
CHAPITRE II. — Inflammations.....	37
I. Inflammations péritonéales généralisées. Ascites.	37
II. Annexites et pelvi-péritonites.....	40
III. Pelvi-péritonites du Douglas d'origine intestinale.....	63
CHAPITRE III. — Hemorrhagies. — Hémato-salpinx. — Hématocèles dûes à la grossesse extra-utérine	69
CHAPITRE IV. — Tumeurs.....	75
I. Tumeurs à contenu liquide ou semi-liquide. Kystes	75
II. Tumeurs solides.....	80
CONCLUSIONS.....	87
